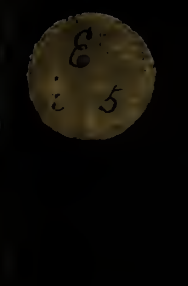


E
i.5

The Medical Society of London presented by Dr. John Davidson 1852

ÉCOLE PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS,

PAR LE

PROFESSEUR J. B. JACOBS,

Asseseur du Collège de Médecine de la Ville de Gand, Chirurgien juré & pensionné de la même Ville & de la Châtellenie du Vieuxbourg; Membre de l'Académie Hollandoise des Sciences de Harlem; Membre correspondant de la Société Batave de Philosophie expérimentale de Rotterdam, &c.



Parce precor gravidis, facilis Lucina, puellis,
Maturumque utero moliter aufer onus!

OVID.

A GAND,
Chez J.F. VANDER SCHUEREN, Imprimeur-Libraire, dans la Breydelstege.

M. D. CC. LXXXV.



À MESSIEURS,

MESSIEURS LES BAILLIS DE QUATRE VERGES ET LES NOBLES HOMMES DE FIEFS DE LA COUR FÉODALE ET CHATELLENIE DU VIEUXBOURG DE GAND.

Les Messieurs de quatre Verges.

CHARLES-CONSTANTIN-FRANÇOIS VANDER STRAETEN, Écuyer, Seigneur de ten Aerden, Stavele, Kemps, Steenbrugge, Bouvry, Scheppers, &c. &c. Bailli de Sa Majesté & de la Châtellenie du Vieuxbourg de Gand.

JEAN-BAPTISTE DE MÜLLER, Écuyer, Bailli de St. Pierre.

AUGUSTIN-ANSELME DELRIO, Écuyer, Bailli de St. Bavon.

ÉMANUEL-JOSEPH DELZOY, Écuyer, Bailli du Pays de Nevele.

Les Messieurs de la Cour Féodale.

Messire PIERRE-LOUIS Vicomte VANDER VARENT.

Messire ÉMANUEL-JEAN-JOSEPH Comte DELLAFAILLE, Seigneur de deux Villes, Métier, Keure & Franchise d'Assenede & Eecloo, Marialierde, Hermais, Galatas, Bardouns, &c.

FRÉDÉRIC VAN VAERNEWYCK, Écuyer, Seigneur de Bellegem, &c.

JEAN DE POTTER, Écuyer.

JOSEPH-PIERRE VAN VOLDEN, Écuyer.

Messire CHARLES-DESIRÉ-LOUIS-COLETTE-GUISLAIN Vicomte DE NIEULANT, Seigneur de Ruddervoorde, de Pottelsberge, de Caudekeuken, Noorvelt, ter Meersche, &c. &c.

PHILIPPE-FRANÇOIS DE NEVE, Écuyer.

Messire GASPAR-BERNARD-GUISLAIN DE DRAECK.

LOUIS VANDEN HECKE, Écuyer, Seigneur de Lembeke, &c. Receveur Héréditaire de la Châtellenie.

Mr. FRANÇOIS VISPOEL, Licencié en Droits, Greffier de cette Châtellenie.

Mr. PIERRE-CHARLES-LOUIS VANDER SCHELDEN, Licencié en Droits, Greffier Adjoint de cette Châtellenie.

MESSIEURS,

Les bienfaits multipliés, dont vous avez daigné me combler depuis bien des années, m'ont servi d'aiguillon à acquérir de plus en plus les con-

noiſſances néceſſaires à un Profeſſeur dans l'art des Accouchemens , afin de me rendre digne de la confiance dont vous m'honorez, & de me mettre à même de vous en témoigner une juſte reconnoiſſance.

C'eſt dans cette vue que je me ſuis cru obligé de vous dédier cet Ouvrage, comme une foible preuve de mon zèle, perſuadé qu'il ne pouvoit paroître ſous de meilleurs auſpices. Daignez donc le recevoir comme un hommage ſincère du dévouement & du reſpect de celui qui ſera toute ſa vie,

MESSIEURS,

Votre très-humble & très-obéiſſant Serviteur,
J. B. JACOBS.

PRÉFACE.

LEs *instances continuelles de mes Elèves, m'ont engagé à publier ce Traité sur les Accouchemens. Je n'ignore pas combien nous avons déjà des Livres élémentaires sur cette matière; mais remplissent-ils exactement leur but? les mieux écrits même, ne semblent-ils pas plutôt destinés pour les Savans, que pour les Elèves? ai-je mieux rempli qu'eux la tâche que je me suis imposée, d'être utile aux commençans? ce n'est pas à moi d'en juger, mais au Public, à qui j'en laisse la décision.*

Bien éloigné cependant de prétendre à l'honneur de l'invention dans un sujet si souvent remanié; si je m'attribue quelque mérite, il ne consiste que dans l'ordre & la clarté, & dans la facilité qui en résulte pour ceux qui s'adonnent à cette étude, surtout pour les Sages-femmes si dépourvues en ce Pays des secours nécessaires pour parvenir à la connoissance méthodique de leur art.

Dans mon Introduction j'ai indiqué les Auteurs sur les Accouchemens, dont on fait le plus de cas dans la Littérature Française, & dans tout le cours de mon Ouvrage, j'ai marché sur les traces des Savans, dont la réputation est la mieux établie en cette partie, en combinant par-tout leurs observations avec les miennes; mais l'Ouvrage dont j'ai le plus profité, est celui de M. Plenck, *dont j'ai adopté les principes & suivi l'ordre sans aucune restriction, persuadé que le nom de ce Savant est digne d'être placé à côté de ceux des* Camper *& des* Hunter *mêmes.*

Si mes foibles efforts sont couronnés de quelque succès, si l'humanité en recueille quelque fruit, ils sont dûs sans réserve à l'illustre Corps du Magistrat de la Châtellenie du Vieuxbourg de Gand, qui s'occupe sans cesse à réformer les abus, à faire fleurir les sciences & les arts, à conserver les citoyens, & sur-tout à les rendre heureux. La Chaire de Professeur pour les Accouchemens,

que ces Messieurs viennent d'ériger, & au succès de laquelle ils prennent un si vif intérêt; les Prix & les Pensions qu'ils daignent accorder annuellement à ceux qui d'entre mes Elèves se distinguent le plus, prouvent combien le témoignage public, que je rends à leur zèle, est éloigné de la flatterie; & les Corps des Magistrats des Châtellenies de Courtray, d'Oudenarde & d'Alost, imitant & secondant les vues patriotiques des Seigneurs du Vieuxbourg, prouvent également, combien l'exemple de ceux-ci a eu d'influence sur le bien public.

L'ordre & les matières que contient cet Ouvrage, sont les mêmes que ceux que j'ai employés jusqu'ici dans mes leçons. J'ai inventé moi-même la plûpart des Planches, & quoiqu'elles ne soient pas aussi correctes que je le desirerois, à cause que je ne connois point le dessein, elles ne laisseront pas que d'être utiles à mes Elèves, lors sur-tout, qu'ils se seront exercés sur le Mannequin.

La traduction que j'en donne en ce moment, ne peut que se ressentir des défauts inséparables du style d'un homme, qui s'est plus appliqué à son art, qu'aux Belles-lettres, & qui a cultivé les Langues pour s'en servir & non pour y briller.

Un reproche spécieux qu'on pourroit faire à mon travail, c'est sa prolixité; mais le reproche cessera lorsqu'on aura considéré que ce n'est pas pour les Savans, ni pour les Accoucheurs instruits, que je publie cet Ouvrage, qui est uniquement destiné pour les Elèves, & sur-tout pour les Sages-femmes, chez lesquelles les détails les plus minutieux & les explications les plus lumineuses se trouvent souvent insuffisantes.

Si l'Edition Française, que je donne de cet Ouvrage, obtient les suffrages du Public autant que mon Edition Flamande les a obtenu, je traduirai également les traités sur le manuel des Accouchemens instrumentals, sur les maladies des femmes enceintes & en couche, & celui sur les maladies des enfans nouveaux-nés, que je me propose de publier incessamment en ma Langue maternelle.



INTRODUCTION.

LE célèbre *Denys* prétend que l'Accouchement est la plus importante de toutes les opérations de Chirurgie, & il en donne deux raisons. La première est, que celles qu'un Chirurgien fait, quelque dangereuses qu'elles soient, n'intéressent qu'une seule personne, & qu'elle en est seule la victime; au lieu que dans l'Accouchement, on peut, soit par imprudence, soit par ignorance, causer la mort à deux, & même à plusieurs individus. La seconde est, que les autres opérations sont très-rares, au lieu que les Accouchemens sont journaliers. Le péché de nos premiers Parens est cause que les femmes, après neuf mois d'une grossesse incommode, mettent leurs enfans au monde avec des douleurs, qu'elles supportent cependant avec la plus grande intrépidité, pourvuque l'Accouchement soit naturel, & les oublient, en regardant l'objet, c'est-à-dire, l'enfant qui leur doit son existence, & en lui présentant avec la plus grande tendresse la mamelle; mais à quels périls ne sont pas exposées les femmes, lorsque la nature s'écarte de l'ordre qu'elle a coutume de suivre! ceux-ci causent une telle impression à quelques-unes, qu'après elles ne rendent plus le devoir conjugal à leurs maris, qu'avec répugnance.

Indépendamment des accidens que peuvent occaſioner la mauvaiſe conformation de leurs corps, & les maladies auxquelles elles ſont ſujettes, elles ont encore à craindre la réſiſtance que l'enfant oppoſe à ſa ſortie, & après que l'Accouchement eſt heureuſement terminé, ceux que peut cauſer l'extraction de l'arrière-faix. Ces accidens auxquels le ſexe eſt expoſé, ſont cauſe que les mères ont eu recours de tout tems aux perſonnes qui paſſoient pour être expertes dans l'art des Accouchemens.

L'hiſtoire de la Médecine nous apprend, qu'il y a eu dans les ſiècles les plus reculés des femme qui ſes vouoient particuliérement à cet art, & que dans les ſiècles ſuivans, des hommes, qui avoient plus de ſavoir & d'expérience qu'elles, n'ont rien négligé pour le perfectionner; mais le progrès qu'ils firent, fut très-lent à l'égard du génie & des découvertes de nos jours. Cet art eſt actuellement fondé ſur des principes ſûrs, ſans leſquels on s'expoſe à commettre des fautes les plus lourdes & les plus groſſières.

Le défaut d'inſtruction eſt cauſe qu'aujourd'hui la plûpart des Sages-femmes ignorent encore les règles dont elles ne peuvent ſe paſſer, lorſqu'elles veulent exercer leur profeſſion avec ſuccès. L'impoſſibilité, dans laquelle elles ſont, d'aller s'inſtruire chez l'étranger, fait qu'elles ignorent l'ordre que la nature ſuit dans ſes opérations, ou, que voulant l'aider, elles la troublent. Le nombre des Sages-femmes eſt diminué dans les Villes au point, que les mères ſont obligées de s'adreſſer à des Accoucheurs, qui ſavent remédier aux dangers, pour la plûpart occaſionés par des mauvaiſes manœuvres; ce qui choque leur pudeur, & leur fait perdre la confiance qu'elles avoient en leurs ſemblables.

Les choſes vont encore plus mal dans le Plat-pays, où les femmes embraſſent la profeſſion d'Accoucheuſes ſans autre

condition que leur volonté, & ſans autre connoiſſance, que celle qu'elles ont acquiſe en mettant elles-mêmes un enfant au monde. Comme ces femmes ignorent entiérement la profeſſion qu'elles exercent illicitement, elles font gémir l'humanité, & elles privent l'Etat d'un nombre prodigieux d'enfans, qui auroient pu un jour lui être utiles par leurs ſervices. Quelques-unes ne ſont pas plutôt admiſes par les Meſſieurs du Collège où on les examine, qu'elles prennent le titre de Sages-femme jurées; mais il arrive, qu'étant abandonnées à elles-mêmes, & n'ayant plus perſonne qui veille ſur leur conduite, elles oublient le peu qu'elles ont appris par mémoire, plutôt que par un effet de leur jugement, & que ne faiſant aucune obſervation, elles exercent leur art ſans ordre & ſans méthode.

Il eſt vrai que la plûpart des enfans naiſſent avec le ſeul ſecours de la nature, & ſont redevables à ſa ſageſſe de l'exiſtence dont ils jouiſſent; mais il n'eſt pas moins vrai, que dans les Accouchemens laborieux & contre nature, les mères & leurs enfans perdroient la vie, ſi l'art ne venoit à leur ſecours.

L'art des Accouchemens nous apprend la manière dont on doit s'y prendre, pour ſeconder la nature, & délivrer une femme en travail, celle qu'on doit tenir pour ſauver l'enfant qu'elle porte: les accidens qui retardent l'Accouchement & le rendent laborieux ou impoſſible, & les moyens de les vaincre avec le ſecours de la main ſeule ou armée des inſtrumens.

Les perſonnes, qui ſe deſtinent à exercer la profeſſion d'accoucheuſes, doivent généralement connoître toutes les parties qui compoſent le corps humain, & principalement celles qui ont rapport à la conception, à la groſſeſſe & à l'Accouchement; leur connexion, leur action; les bonnes ou mauvaiſes poſitions qu'un enfant peut avoir dans la matrice; celles que la Sage-femme peut changer, & celles enfin qui exigent l'as-

ſiſtance d'un Accoucheur, pour pouvoir prévenir & remédier à tems aux accidens qu'elles peuvent occaſioner. Il eſt cependant extrêmement rare, pour les raiſons que j'ai dites ci-deſſus, que la nature dans ces circonſtances ait beſoin de quelque ſecours, & c'eſt de quoi font foi les Journaux de pluſieurs Savans : il paroît par la Table ci-jointe, que M. *Camper* a dreſſée ſur celles de MM. *Titzing* & *Berkman*, deux célèbres Accoucheurs d'Amſterdam, qu'il n'y a tous les ans dans cette Ville qu'environ 40 accouchemens contre nature. En ſuppoſant donc, dit ce ſavant écrivain, qu'il naiſſe 6000 enfans, on trouvera à peine un accouchement laborieux ſur 150; ſuivant *Smellie*, un ſur 100 ou 10 ſur 1000, & ſuivant mon calcul, 6 à 7 ſur 1000.

Si l'on conſidère qu'Amſterdam eſt une Ville très-grande & extrêmement peuplée, qu'il y a quantité de femmes pauvres & contrefaites, & que les Sages-femmes ne ſe donnent pas la peine de les accoucher, parce qu'elles peuvent avoir un Accoucheur pour rien; on comprendra aiſément, que dans le Plat-pays, où l'on maîtriſe moins la nature, le nombre des accouchemens laborieux doit être plus petit de la moitié.

Voici une Table des Accouchemens laborieux, que MM. *Titzing* & *Berkman* ont envoyée à M. *Camper*, qui l'a faite inſérer dans les Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie de Paris, tom. V. pag. 734, d'où je l'ai copiée.

	l'Année.	Têtes enclav.	Le Visage.	Les Bras.	Les Pieds.	Les Fesses.	Le Dos.	Le Cordon ombil.	TOTAL
Titzing	1741	15		5	3	4		4	31
	1742	17		5	4	6		7	39
	1743	17		7	5	2		3	34
	1744	11		4	3			4	22
Titzing	1752	14		6	3	3		4	30
	1753	8		4	1	2		2	17
	1754	7		4	2	2		3	18
	1755	9		4	1	6		2	22
	1756	6		4	2	3			15
	1757	11		3		1		3	18
	1758	14		5	1	4		2	26
	1759	16		3	1	6		3	29
	1760	9		5		2		3	19
	1761	10		2		4		2	18
	1762	9		4	2	3		2	20
Berkman	1757	6	1	1	5	1			14
	1758	13		4	5				22
	1759	10	1	4	6	1	1		23
	1760	8		2	4	3			17
	1761	15		3	4				22
	1762	8		5	4	1	1		19
	1763	10		2	3	5			20
	1764	10	1	4	1	6			22
	1765	9		8	4	1			22
	28	262	3	93	64	66	2	44	532

Berkman

l'Année	Têtes enclav.	Morts	Vivans
1757	6	6	
1758	13	9	4
1759	10	8	2
1760	8	7	1
1761	15	13	2
1762	8	4	4
1763	10	9	1
1764	10	8	2
1765	9	8	1
	89	72	17

M. *Berkman* ajoute, que la plûpart des enfans étoient morts avant qu'on le fit appeller, vu que le cordon ombilical, qui étoit forti avant la tête, fe trouvoit comprimé & fans aucune pulfation.

Le nombre des enfans fauvés étoit pourtant au nombre des morts, comme 72 : 17, ou comme 9 : 2.

De 100 il en auroit fauvé 80, peut-être 90.

M. *Titzing* dit, que les Enfans qui préfentoient la tête, furent extraits par le moyen du Levier : ceux qui offroient les feffes font venus en double, les autres ont été tirés par les pieds. Il obferve, qu'il a très-rarement rencontré le dos ou le ventre. On peut conclure delà :

1° Que la moitié des Accouchemens laborieux font ceux dans lesquels l'enfant préfente la tête, & par conféquent, que la méthode de délivrer la tête enclavée, eft la plus effentielle, & celle qui mérite la plus férieufe application.

2° Que dans l'espace de 18 ans, le nombre des enfans qui fe font préfentés par les feffes ou l'anus, a été d'un tiers plus grand, que ceux dont le cordon précédoit, comme 66 à 44.

3° Que le nombre de ceux qui préfentoient les pieds, eft à peu près le même, favoir, comme 64 à 66.

4° Que le nombre de ceux qui préfentoient les bras, eft d'un tiers plus grand.

5° Que les autres cas, dans lesquels l'enfant présente le ventre ou le dos, sont si rares, qu'on ne peut en savoir la proportion.

On peut donc conclure, sans craindre de se tromper, que sur 100 Accouchemens, il n'y en a tout au plus qu'un de laborieux; que ceux qui sont naturels, n'ont presque pas besoin du secours de l'art, & que c'est par conséquent très-mal-à-propos qu'on emploie si souvent les instrumens; que ces derniers loin d'être utiles, troublent souvent les opérations de la nature, & sont autant de poignards, qu'on plonge dans le cœur de la femme. Efforcez-vous donc, chères Matrônes, de vous mettre en état, par vos réflections & un exercice assidu, de posséder les principes de l'art que vous exercez, au point de pouvoir vous passer de ces instrumens meurtriers. Vous le ferez aisément, lorsque rencontrant un obstacle, que vous ne saurez ni ne pourrez surmonter, vous aurez assez de modestie & de prudence, pour envoyer chercher un Accoucheur. En agissant de la sorte, on vous reconnoîtra pour de vraies amies de l'humanité & des Sages-femmes utiles à la société. Souvenez-vous sur-tout, que la nature ne veut point être violentée, & ne négligez jamais les dépôts qu'on vous a confiés: ce sont des créatures du Tout-puissant, des enfans chéris, des tendres & d'honnêtes mères de famille, des épouses sincères, qu'on a confiés à vos soins. Votre profession n'aura rien que de noble, si vous l'exercez comme il faut. *Platon* nous apprend que les Sages-femmes jouissoient d'une grande considération chez les Grecs, qui étoient le Peuple le plus savant & le plus poli de l'univers; qu'elles présidoient aux mariages & formoient les liens conjugals. *Galien*, *Pline* & *Prosper Alpin* rapportent, qu'on les mettoit au rang des Médecins, & qu'on leur donnoit le titre honorable de *Philosophes*, c'est-à-dire, *d'Amateurs de la sages-*

se, d'où est venu le nom français de *Sages-femmes*. Quel plaisir n'est-ce pas pour une Sage-femme, lorsqu'indépendamment de ce nom fastueux, elle a l'avantage de conserver à un père & à une mère, le gage de l'amour qui les unit; de garantir cette dernière du péril dont elle est menacée, & de procurer à l'état des sujets forts, zélés & utiles à la société.

Vous ne pouvez ignorer, si vous prenez la Religion pour guide, que nous sommes obligés d'exercer la profession que nous avons embrassée, non-seulement avec zèle, mais encore de manière que notre conscience n'ait aucun reproche à nous faire; que tout homme, de quelqu'état qu'il soit, & quelque profession qu'il exerce, est tenu de faire de bonnes œuvres, & cela étant, notre conscience nous oblige à en faire aussi, je veux dire à n'épargner ni nos soins ni nos veilles, lorsqu'il s'agit de secourir les femmes en danger, qui ont besoin de notre secours: nous obéissons, en le faisant, au commandement de Dieu, lors sur-tout, que nous donnons la préférence aux pauvres sur les riches, qui peuvent aisément se procurer ceux dont ils ont besoin. Ne refusons donc point nos services à ces pauvres malheureuses, & n'alléguons aucun prétexte pour nous en dispenser. Que la longueur du travail ne nous rebute pas; encourageons-les à supporter patiemment leurs douleurs, & assurons-les que leur pauvreté ne nous empêchera pas d'avoir pour elles le même soin, que si la fortune les avoit comblées de richesses. Souffrons mille incommodités & tous les dégoûts que l'on trouve dans leurs chaumières, la récompense que Dieu y a attachée, doit nous donner la force & le courage de les supporter. Rien n'est si inhumain que d'abandonner une femme dans le fort des douleurs, & lorsque son enfant est sur le point de naître; mais il faut être plus que cruel, pour violenter

la

la nature, au point de mettre la mère & ſon enfant aux abois. C'eſt un crime affreux que de refuſer ſon ſecours à une fille, qui vient implorer notre ſecours, lorſqu'elle eſt à la veille d'accoucher. Ce ſeroit une imprudence de le lui refuſer, à cauſe qu'elle pourroit tomber dans le déſeſpoir & ôter la vie à un innocent, que le crime de ſa mère ne doit pas rendre indigne de nos ſoins. Quelques Sages-femmes s'imaginent fauſſement, qu'elles ſe rendroient complices, ſi elles accordoient leur ſecours à ces ſortes de créatures; mais l'humanité dont elles ſe piquent, doit l'emporter ſur ce préjugé, d'autant plus qu'il eſt contraire à la Religion, qui nous oblige de leur procurer tous les ſecours qui dépendent de nous.

Je crois qu'il eſt inutile de défendre la boiſſon aux Sages-femmes; elles comprennent aſſez, ſans que je le leur diſe, les accidens que ſon excès peut occaſionner : elles ſe trouvent dans le cas d'être appellées à toute heure, & d'avoir la tête ſaine, afin de ne pas expoſer la mère ou l'enfant à quelque danger.

Lorſque l'enfant vient au monde fort foible & ſans mouvement, on ne doit pas ſe hâter de l'envelopper dans un chiffon, & le porter dans un coin de la chambre, pour le dérober aux yeux de ſa mère, mais on doit au contraire tâcher de le rappeller à la vie. Le défaut de cette précaution eſt cauſe que quantité d'enfans, qui auroient vécu, ont été enterrés vifs & privés du Baptême. J'enſeignerai ailleurs comment on doit ſe conduire en pareil cas.

Auſſi-tôt que l'enfant donne des ſignes de vie, la Sage-femme doit envoyer chez le Curé de la Paroiſſe, pour ſavoir l'heure qui lui eſt la plus commode pour le baptiſer; car il peut ſe faire, qu'on ne le trouve pas toujours chez lui. Il arrive delà, lorſqu'on porte un enfant à l'Egliſe pendant ſon abſence, qu'on

eſt quelquefois obligé de reſter expoſé aux injures de l'air, ce qui peut altérer ſa ſanté. A quels fâcheux accidens ne l'expoſe-t-on pas encore, lorſqu'on le porte de maiſon en maiſon pour s'arrêter à boire & à noyer les incommodités dans le génèvre, &c.

On doit éviter de porter l'enfant à l'Egliſe pendant la nuit, à cauſe des mauvais chemins, des foſſés, des planches & des mauvais chiens qu'on peut rencontrer. Il eſt de la prudence de prévoir tous les accidens qui peuvent arriver, & de les prévenir.

Lorſqu'on le porte à l'Egliſe pour le faire baptiſer, on doit l'emmaillotter de façon, qu'on n'ait qu'à ôter l'épingle qui attache ſon béguin ſous ſon menton, pour lui découvrir la tête, la poitrine & les épaules. Quand la Sage-femme préſente alors l'enfant au Baptême, il faut qu'elle l'étende le long du bras gauche, en ſoutenant de la main la tête tant ſoit peu inclinée ſur la poitrine, de ſorte que la tête ſoit un peu plus haute que les pieds, pour que ſon parrain & ſa marraine puiſſent le ſoutenir plus aiſément.

La Sage-femme ne doit pas permettre à l'accouchée de ſortir trop tôt, ſoit pour aller à l'Egliſe, ſoit pour vaquer à ſes affaires, à cauſe des accidens qui peuvent lui arriver : elle doit auſſi faire ſentir à la nourrice le prix du dépôt qu'on lui confie, & que la religion & l'humanité exigent, qu'elle en ait tout le ſoin poſſible.

Quelques Synodes defendent aux nourrices de coucher leurs enfans dans leur lit ; car le nombre d'enfans qu'on étouffe, eſt beaucoup plus grand qu'on ne le croit communément. En voici la raiſon : lorſqu'une nourrice couche avec

ſon nourriſſon dans le même lit & qu'elle l'allaite, elle éprouve un chatouillement qui l'aſſoupit ; elle s'endort ſur lui & l'étouffe. D'autres ſe mettent ſur leur ſéant, & prennent leurs nourriſſons entre leurs bras, pour leur préſenter la mammelle; mais cette méthode n'eſt pas plus ſûre que l'autre : elles s'aſſoupiſſent, & pour empêcher que l'enfant ne leur échappe, elles le ſerrent entre leurs bras, l'étouffent & le trouvent mort à leur réveil. C'eſt encore une mauvaiſe coutume de ſe pencher ſur le berceau de l'enfant, pour lui donner à tetter. Ce qu'une nourrice peut faire de mieux, tant pour prévenir ces accidens, que pour ſa propre commodité, eſt de lui donner tous les ſoirs à tetter à une heure réglée, dans le tems qu'elle va ſe coucher; mais ſi l'enfant dort, elle ne doit point ſe faire de peine de l'éveiller, ni de lui préſenter la mammelle. Ce que je dis ici, eſt un précepte de la Médecine, & l'on voit par des exemples des enfans déjà accoutumés à être levés pendant la nuit, liberés de cette dangereuſe habitude en ſuivant cette pratique; d'ailleurs les nourrices par ce moyen pourront dormir plus tranquillement; leur lait ne ſera point vicié par les inſomnies; elles ne ſeront plus expoſées au froid de la nuit, ni par conſéquent aux douleurs & aux maladies qui en ſont la ſuite.

Combien d'enfans morts ou eſtropiés par la négligence de leurs nourrices ? Il eſt bien fâcheux que l'Etat perde tant de ſujets; mais il lui en reſte encore un nombre, qui par la ſuite ne peut que lui être à charge; ce ſont les imbécilles, les punais, les ſourds. Comme l'enfant qui vient de naître, n'eſt encore qu'une cire molle, ſuſceptible, à ce que l'on croit, de pouvoir être pêtrie à ſon gré, l'on veut que ce ſoit à une Sage-femme à réparer les défauts de la nature, en réformant la tête de l'enfant, pour la lui rendre plus ronde, de lui faire un nez plus petit & plus agréable. Ce malheureux préjugé eſt de

tous les pays, & les Sages-femmes n'ont garde d'y manquer; les prières même de la mère, & les reproches qu'elle feroit par la suite, si la tête de son enfant étoit trop longue, trop large ou trop grosse, les rendent très-exactes à cet usage: il est aisé de penser, avec quelle violence cette manœuvre se pratique. J'en ai vu (c'est la fameuse Dame *du Coudray* qui parle, cet article m'ayant paru trop intéressant, je l'ai copié mot pour mot) ne survivre que quelques jours après, & d'autres rester infirmes pour toujours, d'autres aussi ne pouvoir respirer, pour avoir les os du nez trop resserrés. Mais, pour corriger cet abus, il faudroit que les mères commençassent les premières à devenir raisonnables sur cet article-là, qu'elles fussent bien convaincues, qu'elles participent par amour de mère à la perte & aux infirmités d'un bien qui leur est si cher. J'ai ajouté ici ces réflexions, afin que les Sages-femmes ne s'attachent pas uniquement à ce qui concerne leur art, mais aussi à ce que leur conscience exige.

J'ai dit ci-devant, qu'avant de pouvoir embrasser la profession d'Accoucheuse, elle doit absolument connoître toutes les parties qui ont rapport à la conception, la grossesse, l'accouchement, &c. Comme l'enfant, en naissant, doit nécessairement franchir le détroit qui l'environne, il faut non-seulement qu'elle connoisse sa forme & ses dimensions, mais encore celles de l'enfant. Pour les en instruire, je traiterai d'abord des parties de la femme en général, & de la proportion qu'a la tête de l'enfant avec le bassin. 2.° De la conception & des signes qui l'annoncent. 3.° Des signes de la grossesse. 4.° De l'accouchement en général. 5.° Des circonstances de l'accouchement naturel en particulier. 6.° Des accouchemens laborieux & contre-nature en général. 7.° Des accouchemens laborieux occasionés par les défauts corporels de la femme. 8.° Par ceux de l'enfant. 9.° Par sa mauvaise position en gé-

néral &c.; & afin qu'on puiſſe me ſuivre, en liſant les traités qu'on a donnés ſur les Accouchemens, j'indiquerai ceux dont je fais uſage, pour ne pas être aſſujetti aux citations continuelles des Auteurs, qui les ont composés.

MAURICEAU eſt le premier qui a traité des Accouchemens d'une manière méthodique. Il indique tous les manuels qu'ils exigent, à l'exception de celui, dans lequel la tête de l'enfant eſt enclavée. Son Ouvrage, ſous le nom de *Traité des maladies des Femmes groſſes, & de celles qui ſont accouchées*, où l'on a joint ſes *obſervations* & ſes *aphoriſmes*, a été ſouvent réimprimé, & ſi recherché chez l'étranger, qu'on en trouve des traductions en pluſieurs langues; mais l'édition que je préfère, eſt celle de M. CAMPER, il y a joint une diſſertation ſur le baſſin de la femme, ſur l'uſage du levier de *Roonhuiſe*, & du forceps de *Smellie*, avec trois planches en taille douce.

M. PEU a fait imprimer peu avant *Mauriceau*, ſon ouvrage intitulé: *la Pratique des Accouchemens.* Paris 1694. in-8.° Il contient une très-belle réfutation contre la méthode de *Mauriceau* touchant l'application du tire-tête.

Paul PORTAL a publié un ouvrage moins grand que celui du précédent, intitulé: *Pratique des Accouchemens, ſoutenue d'un grand nombre d'obſervations.* In-8.°, Paris 1685., qui a été traduit en Flamand. Cet ouvrage contient pluſieurs choſes remarquables, mais pas en ſi bel ordre, que le précédent. Ses obſervations méritent d'être lues. Il ſe récrie, avec raiſon, contre les Accouchemens trop précipités, & blâme les Sages-femmes, qui les accélèrent mal-à-propos.

Avant les deux Auteurs ci-mentionnés, parut l'ouvrage de *Louïſe* BOURGEOIS, *Obſervations diverſes ſur la ſtérilité & les per-*

tes, &c. dont il y a eu plusieurs éditions. Cet ouvrage n'est point achevé, mais il contient plusieurs observations journalières & importantes, que d'autres ont négligé de faire.

Cosme VIARDEL publia, à Paris en 1748 in-8°, *ses Observations sur la pratique des Accouchemens naturels, contre-nature & monstrueux.* Il y a une édition précédente, mais celle-ci est ornée de figures, & contient des observations utiles. Il proscrit le crochet & autres instrumens.

DE LA MOTTE, *Traité complet des Accouchemens*, &c. édition de Paris de 1721. in-4.°, est un ouvrage plein de confusion, cependant amélioré dans celle de 1765 in-8.°, où ses observations rédigées par chapitres, sont instructives & écrites avec goût; on y a joint quelques remarques & des figures en taille douce.

DEVENTER, *Observations importantes sur le manuel des Accouchemens.* Paris 1734. in-4.°, suit l'ordre de *Mauriceau* & décrit parfaitement bien l'obliquité de la matrice, quoique plusieurs autres l'eussent observée avant lui.

On a imprimé à Paris en 1743. in-8.°, *le Guide des Accoucheurs, ou le Maître dans l'art d'accoucher les femmes, par Jacques* MESNARD. On y trouve de très-belles réflexions sur les enclavemens de la tête de l'enfant.

M. LEVRET a très-bien traité l'enclavement de la tête de l'enfant, de même que de la tête séparée du tronc & restée dans la matrice, dans ses *Observations sur les causes & accidens de plusieurs Accouchemens laborieux.* Paris 1747. in-8.° Il y remarque aussi, que le placenta n'est pas toujours attaché au même endroit, qu'il rend quelquefois l'Accouchement difficile, & est cause de la rupture de la matrice.

Le même, *Suite des observations sur les causes* &c. Paris 1751

in 8.° Cet ouvrage eſt très-utile & renferme pluſieurs diſſertations, dans leſquelles il s'étend ſur les avantages de ſon forceps, dont il dit s'être ſervi très-avantageuſement.

M. PREVILLE a traduit de l'Anglois : *Traité de la théorie & pratique des Accouchemens*, par *Guill.* SMELLIE. Paris 1754. 4 vol. in-8.° Le traducteur a réellement rendu un grand ſervice à l'humanité, en publiant cet ouvrage en Langue Françaiſe; il renferme tout ce qu'il y a de plus beau en théorie & en pratique, ſur l'art des Accouchemens : il rejette le forceps de *M. Levret;* parce qu'avec celui-ci, dit-il, on emploie trop de force, ce qui peut cauſer de très-mauvaiſes ſuites, & donne une nouvelle méthode de ſe ſervir du ſien propre. Son hiſtoire ſur l'art des Acc ouchemens des Anciens, qui ſe trouve dans l'introduction de cet ouvrage, mérite d'être lu.

Abrégé de l'art des Accouchemens, *à l'uſage des Accoucheurs*, *des Sages-femmes* &c., par M. BORDOT fils. Baſle 1755. La théorie eſt inſtructive, mais deſtituée de la bonne pratique.

MORISOT DES LANDES a publié en 1759, *Nic.* PUZOS, *Traité des Accouchemens.* Paris. L'auteur ſe méfie des baſſins trop ſpacieux, & veut, lorſqu'ils ſont mal-conformés, qu'on ne rompe les enveloppes, que lorſqu'on eſt bien aſſuré, que la tête de l'enfant pourra franchir le paſſage. Il y a à la fin une diſſertation de *M. Cranz* ſur la rupture de la matrice. L'auteur croit que dans le cas ſuppoſé, l'opération céſarienne eſt permiſe, & il décrit la manière de la pratiquer.

On a imprimé à Paris en 1765 in 8.°, fig. *Elémens de l'art des Accouchemens*, *augmentés des obſervations ſur les Accouchemens laborieux*, trad. du Latin de ROEDERER, par M. ***. Cet ouvrage a été reçu avec goût, & renferme la théorie de *Fried*, Prof. à Strasbourg. *M.* ROEDERER y a cependant beaucoup ajouté du ſien.

M. ASTRUC a publié en 1765 in-12, *l'Art d'accoucher réduit à ses principes.* Ce traité caractérise un habile théoricien, mais qui n'a point pratiqué les Accouchemens.

M. DELEURYE publia en 1770, *Traité des Accouchemens en faveur des Elèves* &c. Paris in-8.° L'auteur dit avec raison, qu'on ne doit point faire violence pour obtenir la délivrance, ni trop la précipiter, si l'on veut prévenir les suites funestes qui en peuvent survenir. Ses préceptes touchant cet article & plusieurs autres, sont judicieusement détaillés.

M. RAULIN a publié : *Instructions succintes sur les Accouchemens* &c. Paris 1770 in-12. C'est un petit *vade-mecum* pour les Sages-femmes du Plat-pays; elles y trouveront la manière, comment elles doivent se conduire à l'égard de la Religion, & celle d'ondoyer les enfans.

On a imprimé à Nancy: *Instructions pour les Sages-femmes*, ou *méthode assurée*, &c. par *M.* DIDELOT. L'auteur veut, que l'expulsion de l'arrière-faix après un avortement, soit abandonnée à la nature.

M. LE MOINE a traduit & enrichi de notes: *Systême nouveau & complet de l'art des Accouchemens, tant théorique que pratique*, &c. par *Jean* BURTON. Paris 1771. in-8.° Cet ouvrage est instructif, & renferme ses nouvelles méthodes de se servir du forceps, &c.

Le second volume de l'ouvrage de M. BURTON fut traduit par le même, & imprimé à Paris en 1773. L'auteur parle dans son introduction sur l'art des Accouchemens des Anciens, laquelle mérite d'être lue. Le traducteur l'a également augmenté de notes curieuses & très-intéressantes.

On a imprimé à Mons en 1773. in-12, *Cours élémentaire des*

Accou-

chemens, distribués en 40 leçons, avec l'exposition sommaire de la matière qu'on doit expliquer dans chacune d'elles, rédigé pour l'instruction des Elèves, par ordre des Etats du Pays & Comté de Haynaut. Cet ouvrage a été fait, comme est le mien, pour être mis entre les mains des Elèves, pour servir de base à la démonstration de celui qui enseigne l'art des Accouchemens, & a été puisé, selon l'Auteur, qui par modestie reste anonyme, dans les ouvrages des Ecrivains les plus estimés.

Avis aux femmes enceintes & en couche, ou *Traité*, &c. traduit de l'Anglois de CHARLES WHITE par M. ***. Paris, 1774. in-12. Les Accouchemens laborieux exigent, qu'on soit plus attentif à la position des épaules de l'enfant, lesquelles s'opposent souvent à sa sortie. Tous les mouvemens faits par les épaules, doivent être opposés à ceux de la tête. L'Auteur démontre par-là le grand abus qu'on commet, en tirant par la tête de l'enfant pour dégager ses épaules dans une même direction.

M. BARBAUT a publié, *Cours d'Accouchemens, en faveur des étudians en Chirurgie, des Sages-femmes & des aspirantes en cet art.* Paris, 1775. 2 vol. in-12. L'ouvrage est instructif & très-utile à ceux qui aspirent à la maîtrise de l'art des Accouchemens.

ALPHONSE LE ROY, *la pratique des Accouchemens, première partie, contenant l'histoire critique de la doctrine*, &c. Paris, 1776 in-8. C'est une critique des plus amères, mais aussi d'un style des plus élégans. Je ne conseille point à mes Elèves de la lire, avant que l'Auteur, qui est doué de la nature d'un génie supérieur, n'ait satisfait à sa promesse, en publiant ses préceptes sur l'art des Accouchemens, dans lesquels il démontrera une méthode aussi simple que facile à saisir. Je ne doute aucunement ou l'Auteur, qui a l'humanité pour guide,

voudra bien condeſcendre à exécuter, ce que nous avons ſi long-tems deſiré.

M. le Roux a publié : *Obſervations ſur les pertes de ſang de femmes en couche*, &c. Dijon, 1776 in-8. Outre pluſieurs cas que l'Auteur rapporte, dans leſquels on peut ſe ſervir avec utilité du Tampon, qu'il propoſe pour arrêter la perte exceſſive de ſang, qui arrive aux femmes avant ou après l'Accouchement, accident de plus terrible & effrayant, parce que ſouvent l'Accoucheur ne peut le prévoir, on trouve encore dans cet ouvrage, pluſieurs préceptes très-ſages, qui preſcrivent la manière de terminer l'Accouchement, lorſque l'enfant ſe préſente dans une mauvaiſe ſituation, & qu'il y a en même tems hémorrhagie. M. Held a rendu un très-grand ſervice aux Praticiens Allemands, par la traduction de cet ouvrage.

On a imprimé à Strasbourg en 1777 in-8 : *Examen de pluſieurs préjugés & uſages abuſifs, concernant les femmes enceintes*, &c. par M. Saucerotte. Ouvrage couronné, & qui mérite l'attention de tout bon citoyen.

Abrégé de l'art des Accouchemens, &c. nouv. édition in-8 avec fig. en couleur, par Madame le Boursier du Coudray. Paris, 1777. C'eſt la même, qui a ſi ingénieuſement inventé le Mannequin, ſur lequel elle enſeigne à manœuvrer, & rend ſes leçons palpables à ſes Elèves. Je n'entrerai point dans les éloges dûs à Madame du Coudray, l'on eſt ſuffiſamment inſtruit de ſa capacité, par les feuilles publiques, entr'autres la Gazette de France du 25 Septembre 1775, laquelle nous apprend que cette Dame célèbre, qui eſt penſionnée du Roi, a formé dans deux, & ſuivant M. Sue, *Eſſais hiſtoriques*, &c.

tom. 2 pag. 513, dans plusieurs cours 4000 Elèves & Accoucheuses. En effet, ceux ou celles qui suivent ses leçons, doivent faire les progrès les plus rapides, c'est une vérité à laquelle je ne puis me refuser, puisque j'en fus témoin oculaire.

M. VALENTIN a publié en 1778 : *Question Chirurgico-légale*, relative à une femme infortunée, servant de principe, pour distinguer si une femme est accouchée, ou si elle a eu une hydropisie de matrice. On peut ajouter aux signes caractéristiques que l'Auteur rapporte, ceux que j'ai donnés à l'article de l'état d'une femme en couche.

Les ouvrages de DUFOT, TELINGE & GODECHARLES, peuvent être utiles aux Elèves, pour s'instruire par demandes & par réponses.

Dangers du maillot & du lait de femme, &c. par M. LAS-CAZES DE COMPAYRE. Paris, 1778. La cause principale, dit l'Auteur, de la dégénération de l'espèce humaine, est la nourriture des enfans nouveaux-nés & le maillot.

Discours sur les avantages de la section de la symphyse dans les Accouchemens laborieux & contre-nature, par J. R. SIGAULT. Paris, 1779 in-8. Ce petit ouvrage montre en peu de mots, la conduite que tient la nature, jusqu'au tems de l'Accouchement, qu'elle s'écarte quelquefois ; comment on peut la remettre dans son chemin, & les motifs qui obligent à employer cette opération.

Examen d'une brochure qui a pour titre: *Procès verbaux & réflexions à l'occasion de la section de la symphyse*, &c. par M. LAUVERJAT. Amsterdam, 1779. L'Auteur a pratiqué cette opération sur la nommée *Vespres*, & dit qu'elle a mal réussi.

La découverte de cette opération, sera peut-être aussi préjudiciable à l'humanité, qu'utile. Les promesses qu'en donnent les partisans pour la section de la symphyse, encourageront souvent les Accoucheurs dépourvus de connoissances suffisantes, pour l'entreprendre dans des cas, où un moyen plus doux auroit absolument terminé l'Accouchement. J'ai été témoin dans trois occasions différentes, où le Chirurgien Accoucheur étoit déjà armé du bistouri pour la pratiquer, tandis que l'Accouchement se termina par le secours seul de la nature.

M. LE BAS a publié: *Précis de doctrine sur l'art d'accoucher*, &c. Paris, 1780. in-12. L'Auteur qui, par cet ouvrage, a mérité les suffrages d'être élu Membre de l'Académie Royale de Chirurgie, fulmine avec aigreur contre la manière d'instruire les Elèves dans l'art des Accouchemens, par le moyen des mannequins; il préfère, pour enseigner, le sujet vivant, projet qu'il a présenté à Monsieur le Lieutenant-Général de Police, & qui fut approuvé & exécuté; mais dans tout ce qu'il donne pour accoucher une femme, je trouve qu'il n'a rien changé des préceptes, qu'en donne GEORGE COUNSELL, *the art of midwifry*, imprimé à Londres en 1752; lesquels il a copié de mot à mot.

Dissertation sur les avantages de l'allaitement des enfans par leurs mères, par M. LANDAIS. Geneve, 1781. in-8. L'Auteur convient avec nous, que les bonnes nourrices sont très-difficiles à trouver.

M. BAUDELOCQUE a publié: *L'art des Accouchemens.* Paris, 1781. 2. vol. in-8. L'Auteur très-distingué dans la pratique des Accouchemens, nous apporte dans cet ouvrage, beaucoup de nouveautés très-intéressantes, qui méritent toutes notre at-

tention. Nous devons à cet homme illuftre la plus grande reconnoiffance; fes préceptes font très-favans & inftructifs; il n'y a que fon forceps & la manière de l'appliquer, qui pourroit choquer; j'en donnerai un récit fort au long dans la troifième partie, ou au commencement du fecond volume de mon ouvrage, en traitant les Accouchemens inftrumentals.

Enfin le nombre des Auteurs qui ont écrit fur l'art des Accouchemens, eft fi grand, qu'il faudroit un gros volume à part, pour les indiquer tous. Je ne cite que proprement ceux, que j'ai lu avec attention, & qui m'ont paru adopter ma doctrine; quand au refte, le Lecteur pourra fatisfaire fa curiofité, en parcourant l'ouvrage de M. Sue, dans fes *Effais hiftoriques, littéraires & critiques, fur l'art des Accouchemens*, &c. Paris, 1779. 2. vol. in-8. Ouvrage très-curieux pour ceux qui aiment à s'inftruire dans l'Hiftoire littéraire, qui a pour but la fcience ou l'art des Accouchemens depuis leur origine, jufqu'à l'époque de fa dernière perfection. Nous devons favoir gré à l'infatigable Auteur pour toutes fes peines & travaux immenfes, en compofant un tel ouvrage.

Voilà donc la lifte des Auteurs qui ont écrit en Français, qui m'ont paru avoir le plus de réputation, & que j'ai placée ici à deffein, afin de ne pas devoir être affujetti à des citations ennuyantes, qui ne fervent fouvent, qu'à fatisfaire la vanité d'un pédant. J'ai fuivi le même plan, dans mon Ouvrage Flamand; mais qu'on ne s'imagine point que ces font les feuls Auteurs qui m'ont fervi de guides, j'ai auffi puifé dans les Ouvrages Latins, Allemands, Anglois, &c. pour d'autant mieux pouvoir foutenir ce que j'avance.

Ce n'eft cependant point dans les livres, les écrits des Sa-

vans, ni de vive voix, qu'on apprenne l'art pratique des Accouchemens; les livres nous enſeignent ce que nous ignorons, & nous font juger jusqu'à quel point nous avons approfondi la choſe; mais ils ne nous donnent ni la dextérité, ni l'adreſſe que les opérations exigent, à moins qu'on ne voudroit acquérir ces dernières aux dépens de la mère & de ſon enfant.

L'art des Accouchemens eſt une mer, dans laquelle on ſe perd, lorſqu'on veut en acquérir dans les livres; & en effet, pour en poſſéder le méchaniſme au fond, il faut avoir une pénétration extraordinaire & une intelligence, que la nature n'accorde pas à tout le monde. Il faut avoir étudié la Chirurgie & l'Anatomie, pour connoître la ſtructure, la connexion & l'uſage des parties qui compoſent le corps humain.

Comme ces ſont-là des connoiſſances, que la plûpart des Sages-femmes & même des Élèves en Chirurgie, ne peuvent facilement acquérir, pour enſuite ſe mettre en pratique des Accouchemens, on doit leur rendre cet art palpable, par le moyen des mannequins, parmi leſquels, je donne la préférence à celui, qu'a ſi judicieuſement inventé la fameuſe Dame du Coudray, qui, en tout, imite parfaitement la nature. C'eſt l'unique moyen pour acquérir la dextérité pour tourner un enfant, & les autres manuels analogues à cet art. C'eſt ce que je me propoſe de faire, comme l'on verra dans la ſuite de l'ouvrage, en traitant des Accouchemens contre-nature.





ÉCOLE PRATIQUE DES ACCOUCHEMENS.

I. PARTIE.

POur ſuivre l'ordre de la diviſion de cet ouvrage, tel que je l'ai propoſé dans l'introduction, je commencerai par faire la deſcription des organes propres à la génération, à la groſſeſſe & à l'Accouchement naturel; enſuite je démontrerai le méchaniſme de l'Accouchement & l'état de la matrice & de ſes dépendances dans une femme accouchée: cette partie ſera terminée par la méthode de traiter la femme en couche & l'enfant nouveau-né.

CHAPITRE I.

Des parties de la femme, qui ſervent à la génération.

QUelques-unes de ces parties, qui ont de la relation avec l'Accouchement, ſervent à expulſer l'enfant; les autres forment le canal, qui ſert à ſon paſſage: on les diviſe pour

cette raiſon en parties actives ou agiſſantes & en parties paſſives. Les actives ſont la matrice, les muſcles du bas-ventre, &c. Les paſſives ſont le baſſin & les parties molles qui le tapiſſent.

On diviſe auſſi les parties de la génération de la femme en dures & en molles. Les parties dures ſont le baſſin; les molles ſont muſculeuſes, membraneuſes, vaſculeuſes & ligamenteuſes.

ARTICLE I.

Deſcription du baſſin.

On trouve à la partie inférieure du tronc un aſſemblage d'os, approchant de la figure d'un baſſin, & qui en retient le nom. Ce baſſin eſt une cavité oſſeuſe, faite de pluſieurs os & ligamens; il renferme la matrice, le vagin, la veſſie & le rectum.

Le baſſin conſiſte dans l'adulte en quatre os, ſavoir: l'os ſacrum, le coccix & les deux os innominés, mais dans l'enfance il eſt compoſé de huit os. Il n'étoit pas ſeulement néceſſaire, que le baſſin du fœtus fut compoſé d'un plus grand nombre d'os, que celui de l'adulte, mais leur aſſemblage doit être tellement mobile, que ces différentes pièces puiſſent ſe mouvoir & gliſſer l'une ſur l'autre; car la ſoupleſſe & la multitude des os du baſſin dans le fœtus, facilitent leurs différentes ſituations durant la groſſeſſe: elles aident auſſi d'une façon ſurprenante les efforts que la Sage-femme eſt obligée de faire pour tourner l'enfant dans les Accouchemens contre-nature; mais cette conſtruction, ſi utile avant l'Accouchement, change après la naiſſance. La liaiſon de ces pièces devient journaliérement plus forte, de manière que dans les adultes, ces os ne forment, à parler ſtrictement, qu'une pièce continue: cette fermeté des os du

du baſſin devient pour lors néceſſaire, puiſque cette partie doit ſervir de ſoutien à toute la charpente oſſeuſe de l'homme.

ARTICLE II.

De la ſtructure des os du baſſin.

Quoique le baſſin des adultes ne ſoit compoſé que de quatre os, la coutume a prévalu de le diviſer en huit; cette diviſion eſt avantageuſe & ſert pour déterminer l'endroit, où la maladie ou difformité prend ſon origine : elle nous met à même de faire un expoſé juſte & diſtinct dans les conſultations. Ce moyen nous aide auſſi à mieux juger les cauſes du travail lent & pénible; ce qui nous fait voir, ſi nous pouvons ſurmonter les obſtacles ou non, pour les annoncer à un aide; enfin par-là nous apprenons, de quels moyens il faut s'armer pour les vaincre. Ces huit os ſont: (voyez Pl. 1 fig. 5) le ſacrum D, le coccix C, les deux os ilium DD, les deux os iſchions EE & les deux os pubis F. L'os ſacrum & le coccix forment la partie poſtérieure du baſſin; les os ilium, les latérales; les os pubis, les antérieures, & les iſchions les inférieures & latérales.

Les deux os innominés chez les adultes, ſont formés par l'ilium, l'iſchion & le pubis.

SECTION I.

De l'os ſacrum.

L'os ſacrum ſitué au-deſſous des vertèbres lombaires & à la partie poſtérieure du baſſin, a une figure triangulaire, c'eſt-à-dire, qu'il a trois angles, dont deux ſupérieurs & un à ſa partie inférieure, de ſorte que ſa partie ſupérieure eſt

beaucoup plus large, que l'inférieure. Sa longueur est de quatre pouces & sa profondeur de six à huit lignes. On y considère deux faces, l'une antérieure, concave & unie, l'autre postérieure, qui est convexe & inégale.

La face antérieure de l'os sacrum est concave, afin que la face de l'enfant y soit logée plus commodément & puisse être conduite selon l'axe du bassin.

La face de l'enfant dans sa situation naturelle, n'est pas toujours placée sur l'os sacrum, ou au moins ne répond pas toujours à la ligne qui le sépare en deux parties égales; il arrive très-souvent, qu'elle est inclinée à droite ou à gauche, afin qu'elle puisse s'engager dans le détroit supérieur du petit bassin, & cela arrive toutes les fois, que la première vertèbre de cet os, ou la dernière des lombes font saillie vers les os pubis, ou que le grand diamètre de la tête de l'enfant est plus considérable, que le diamètre antérieur du détroit supérieur.

L'os sacrum est percé de quatre paires de trous & quelquefois de cinq, par lesquels sortent les nerfs appellés sacrés. La compression faite sur ces nerfs par la tête de l'enfant ou par la Sage-femme, lorsqu'elle est obligée de tirer l'enfant par les pieds, occasione les crampes que les femmes ressentent, quand elles sont en travail; ces crampes cessent après l'Accouchement.

L'os sacrum est articulé par sa partie supérieure, avec les vertèbres lombaires, latéralement & par ses angles supérieurs, avec les os des iles, & avec le coccix par son angle inférieur.

L'os sacrum est le siège du rectum, & sa courbure exige, en introduisant le doigt pour le toucher ou la canule pour les lavemens, qu'on soit attentif à ne point blesser l'intestin.

SECTION II.

Du coccix.

La partie poſtérieure ou inférieure du baſſin eſt formée par le coccix. Cet oſſelet eſt ordinairement compoſé de quatre pièces, qui font qu'il a plus de facilité à ſe porter en avant ou en arrière. Il prend ſon origine à l'angle inférieur de l'os ſacrum.

Ce petit os s'oppoſe quelquefois à l'Accouchement par ſa courbure & par l'oſſification de différentes pièces, qui le compoſent. Ses articulations ſont ſouvent ſi mobiles & ſi relâchées, qu'il ſe porte trop en arrière, & qu'il eſt à craindre, que la fourchette ne ſe déchire. Le premier cas arrive principalement dans la première formation, ou chez les femmes, qui, dans un âge avancé, accouchent pour la première fois : on peut dans ce cas, quoique difficilement, le faire reculer un peu, en introduiſant le doigt dans le vagin ou l'anus, en prenant ſoin de retirer ſon doigt à meſure que la tête de l'enfant avance ; mais il faut que cela ſe faſſe avec la plus grande prudence, crainte de le fracturer. L'avantage, qu'on tire de cette opération, n'eſt pas ſi conſidérable qu'on le penſe; car la nature agit avec plus de force pendant l'enfantement, que la Sage-femme avec un ſeul doigt; celui-ci ne ſert qu'à aider un peu la nature. Le ſecond cas, ou la trop grande mobilité du coccix, eſt plus commun chez les jeunes femmes, principalement celles, qui ont fait pluſieurs enfans : on eſt alors obligé de ſoutenir le coccix avec la main, pour empêcher le déchirement, dont la fourchette eſt menacée par la rétroceſſion de cet os.

Il arrive cependant, en conſéquence de la formation pre-

mière, ou de quelqu'autre cauſe, que cet os eſt auſſi immobile chez les jeunes femmes; on ſent dans ce cas-ci un coin qui avance en travers, & tellement uni à l'os ſacrum, qu'il ne forme avec ce dernier qu'un ſeul os immobile. Il eſt dangereux dans de pareils cas, de repouſſer le coccix avec violence, pour faciliter l'Accouchement, à cauſe du dommage qui peut en réſulter, ainſi il vaut mieux le ſuſpendre.

Le coccix ne s'étend pas ſeulement vers le bas, mais auſſi en avant, de même que lorſqu'on plie le doigt vers le creux de la main; ce qui eſt cauſe, qu'il recule plus ou moins dans preſque tous les Accouchemens, & que l'obſtacle, qui en réſulte, peut les retarder ou les rendre plus laborieux.

La deſcription que je viens de donner, ſuffit pour faire connoître l'uſage de l'os ſacrum & du coccix pendant la groſſeſſe & dans l'Accouchement. La ſaillie du premier empêche, que durant la groſſeſſe, la matrice ne deſcende avec le fœtus dans la cavité du baſſin. Le coccix s'oppoſe à la ſortie du fœtus; mais lors de l'Accouchement, la ſaillie de l'os ſacrum empêche, que la tête de l'enfant n'entraîne avec ſoi la matrice. La cavité de cet os reçoit la face ou la plus longue partie de la tête de l'enfant, & la conduit conjointement avec le coccix antérieurement vers la ſortie du baſſin.

SECTION III.

Des os des iles.

Les os des iles ou parties latérales & ſupérieures du baſſin, ſont concaves ou forment une grande cavité, qui ſoutient la matrice du tems de ſa plus grande diſtenſion: ces os ſont couverts de pluſieurs membranes & muſcles, qui empêchent, que la matrice ne ſoit endommagée durant la groſſeſſe, par le

poids & les différens mouvemens de l'enfant. On remarquera, que les femmes, qui ont les os des iles fort larges & éloignés l'un de l'autre, accouchent avec plus de facilité, que celles qui les ont étroits & peu écartés. C'eſt auſſi un ſigne de la bonne ou mauvaiſe conformation du baſſin, qu'on peut aiſément découvrir par la ſeule inſpection du corps.

SECTION IV.

De l'iſchion.

L'iſchion eſt, comme les autres os du baſſin, poli & creux en dedans, & forme conjointement avec les autres os, la capacité de cette partie. Il eſt pourvu d'une épine ou apophyſe pointue, qui avance plus en dedans que les autres parties, & qui ſert pareillement à conduire la tête de l'enfant vers l'axe du baſſin du tems des expulſions.

SECTION V.

Du pubis.

Les os pubis ſont ſitués à la partie antérieure du baſſin & tellement liés enſemble par un double cartilage & des expanſions ligamenteuſes, qu'on pourroit les regarder comme ne formant qu'un ſeul os. Ils ſont polis & creux en dedans, pour faciliter la ſortie de l'enfant.

On voit à la partie inférieure de la ſymphyſe des os pubis deux courbures oblongues, qui forment avec l'os iſchion un intervalle qui conduit à la matrice. Les bords de ces courbures ſont plus ſaillans & plus arrondis chez les femmes, que chez les hommes, pour que la tête de l'enfant ſe fraie plus aiſément le paſſage à meſure qu'elle avance.

ARTICLE III.

Des cartilages & des ligamens du baſſin.

Les os du baſſin ſont liés enſemble de manière, que celui de derrière, c'eſt-à-dire, le ſacrum, eſt articulé par le haut avec la dernière vertèbre des lombes, de deux côtés avec les os des iles, & en bas avec le coccix par des cartilages, des ligamens & des muſcles.

L'os ilium eſt articulé avec l'iſchion par le moyen d'un cartilage; ce qu'on ne remarque que dans l'enfance: car ce cartilage s'oſſifie dans les adultes, pour former avec le pubis l'*os innominé.* L'iſchion eſt joint par ſa partie poſtérieure à l'os ſacrum & au coccix par des ligamens qui ſe croiſent, formant ainſi les parties latérales & poſtérieures de la capacité du baſſin.

Les os pubis ſont auſſi unis dans l'enfance par un cartilage, en haut avec la partie antérieure de l'ilium; en bas, avec la partie antérieure de l'iſchion, & forment le devant du petit baſſin. Ces os unis enſemble, ne forment de chaque côté qu'un ſeul os dans l'adulte, qu'on nomme, ainſi que nous l'avons dit ci-devant, les *os innominés.* Ces derniers ſont joints enſemble par des cartilages & des ligamens ſi forts, qu'il eſt difficile de croire, qu'ils s'écartent durant le travail de l'Accouchement, pour faciliter la ſortie de l'enfant. Pluſieurs Auteurs célèbres ſont de ce ſentiment, d'autres le réfutent, pour moi, je penſe que les os du baſſin peuvent ſouffrir un léger écartement dans les jeunes femmes, ſur-tout dans celles qui ont les fibres lâches, & qui abondent en humidité; car celle-ci gonflant les cartilages intérieurement, doit néceſſairement occaſioner un léger écartement; mais dans un âge avancé, dans

les ſujets dont les fibres ſont roides & les cartilages oſſifiés, on ne doit pas compter ſur le ſecours de la nature. Les enclavemens prouvent en notre faveur, & l'inventeur du forceps pourroit fort bien placer ſon inſtrument au rang d'une infinité d'autres, qui ne ſont plus d'aucun uſage, ſi, comme quelques-uns le prétendent, les os du baſſin s'écartent les uns des autres, comme quelques-uns ſe l'imaginent.

Si l'on conſidère d'un côté la dureté des os du baſſin, la fermeté des cartilages, la forte ſtructure des ligamens qui les uniſſent, & de l'autre la molleſſe des os qui compoſent la tête de l'enfant, leur flexibilité, & la facilité qu'ils ont de couler les uns ſur les autres, leurs ſutures n'étant que membraneuſes, on conviendra ſans peine, que la tête de l'enfant doit céder, & c'eſt ce qui arrive en effet, ſans que ces os ſouffrent aucun écart, ainſi que le prouve la pratique journalière; car nous voyons dans tous les Accouchemens retardés par la groſſeur de la tête, que cette dernière s'alonge, & prend une figure conique : c'eſt celle que l'Accoucheur lui donne, lorſque dans le cas d'enclavement, il eſt obligé d'avoir recours au forceps.

On doit encore conſidérer, outre les os du baſſin, les ligamens *ſacro-iſchiatiques*, qui concourent à former de deux côtés le bas du baſſin. Il y en a quatre, deux de chaque côté, un grand & un petit. (Voyez Pl. 1 fig. 1). Le grand, GG, eſt attaché à la partie latérale de l'os ſacrum & du coccix, & delà par une expanſion large, à la partie interne de la tubéroſité de l'iſchion. Le petit, FF, prend ſon origine de toute la partie latérale du coccix, en partie même du ſacrum, & va s'attacher à l'épine de l'iſchion.

Ces deux ligamens ſont pour la plûpart poſés l'un ſur l'au-

tre & se croisent. L'intérieur ou le petit s'attache à ladite épine & l'autre à la tubérosité de l'ischion, laissant entr'eux un espace pour le passage des nerfs, artères, & tendon de l'obturateur interne.

Plusieurs Auteurs, qui traitent de l'art des Accouchemens, n'ont rien dit de ces ligamens, ou ne les ont décrits que superficiellement. On peut en voir une description exacte dans une dissertation que le célèbre Professeur CAMPER a donné dans sa traduction du Traité des maladies des femmes, par MAURICEAU, avec une Planche que nous avons exactement copiée. Voyez Pl. I fig. I.

Il part de ces ligamens, principalement du grand, une expansion aponévrotique, qui s'étend vers l'anus, pour y soutenir le muscle coccygien & le releveur de l'anus.

Ces ligamens, ainsi que le dit Mr. CAMPER, ferment tellement le bassin, que dans une femme morte, qui n'a jamais enfantée, ou qui ne l'a fait que long-tems avant sa mort, on ne peut, même avec violence, introduire la main dans sa cavité; mais après plusieurs reprises, ces ligamens s'alongent au point, qu'on le fait aisément. La nature ici d'accord avec l'art, emploie la même opération avant l'Accouchement. La mucosité que rendent les petites glandes du vagin, paroît relâcher ces ligamens; aussi voyons-nous, qu'on introduit la main avec facilité dans cette partie pendant le travail, quoique la tête ou quelqu'autre partie de l'enfant les aient distendus.

On observe très-distinctement ce relâchement dans les vaches; & les campagnards disent, lorsqu'ils l'apperçoivent, que c'est une marque que la bête vêlera.

On

On peut conclure de ce qui précède: 1.° Que dans tous les premiers Accouchemens & enclavemens naturels, l'obſtacle ne vient pas toujours des os du baſſin, mais des ligamens *ſacro-iſchiatiques.* 2.° Que leur rigidité eſt cauſe que les femmes avancées en âge, accouchent plus difficilement de leur premier enfant, que les jeunes. 3.° Que ces ligamens doivent obéir & s'étendre, lorſqu'on introduit la main, le dos tourné vers le coccix, ou qu'on les comprime avec les doigts du côté de l'iſchion. 4.° Que lorſque ces ligamens ſont long-tems comprimés par la tête de l'enfant, ils perdent une partie de leur élaſticité, reſtent quelque tems relâchés après l'Accouchement & cauſent la chûte de la matrice, qui méthodiquement traitée, ſe guérit parfaitement bien.

La partie antérieure & inférieure du baſſin eſt encore fermée par les muſcles conſtricteurs & releveurs de l'anus, qui ſont étroitement unis au conſtricteur du vagin. La tête de l'enfant gliſſe ou s'engage, dans l'Accouchement naturel, dans la cavité du petit baſſin, d'où elle tombe dans celle de l'os ſacrum & du coccix appuyant ſur l'anus, de même que ſur ſon conſtricteur & ſon releveur. C'eſt ici qu'elle s'arrête, juſqu'à ce que les douleurs la pouſſent plus avant, & pour lors elle cauſe une éminence au périnée & à l'ouverture de l'anus. C'eſt dans cet intervalle, que l'occiput gliſſe ſous l'arcade du pubis. Le plus grand effort ſe fait ſentir ſur le conſtricteur du vagin; ce qui eſt cauſe qu'il obéit & ſe déchire ſouvent dans le premier Accouchement. *Voyez Pl. 7 fig. 2.*

Il s'enſuit de ce qu'on vient de dire, que les parties molles peuvent auſſi former une eſpèce d'enclavement, lorſque la tête de l'enfant eſt trop groſſe & les douleurs trop foibles.

ARTICLE IV.

Division du bassin.

On divise le bassin en grand & en petit. Le grand est formé par les vertèbres inférieures des lombes & par la partie supérieure des os ilium. La partie inférieure de ces mêmes os, le sacrum, le coccix, l'ischion & les os pubis, composent le petit bassin.

On doit considérer dans le petit bassin son entrée ou détroit supérieur, sa sortie ou détroit inférieur, & l'espace qui est entre les deux, forme sa cavité.

On doit bien connoître toutes ces divisions, pour pouvoir rendre compte du progrès de l'Accouchement.

On divise le détroit supérieur du petit bassin en trois diamètres; un antérieur, qui passe de la symphyse de l'os pubis à la saillie du sacrum: celui-ci est le plus petit, & a 4 pouces & un 4me. *Voyez Pl.* 1 *fig.* 1. AB. Le plus grand diamètre est le transversal, il passe de l'un des os ilium à l'autre; il a un pouce de plus que le petit, & par conséquent depuis 5 jusqu'à 5 pouces & demi DD. Le diamètre oblique, que l'on peut diviser en gauche & en droit, est le moyen, & a ordinairement 5 pouces: il passe de la symphyse *sacro-iliaque* à la branche de l'os pubis vis-à-vis la cavité cotyloïde EE.

Le détroit inférieur du petit bassin est plus petit & plus irrégulier que le supérieur, & on le divise en cinq diamètres, savoir:

1.° Il a de l'une des tubérosités de l'os ischion à l'autre, depuis 4 jusqu'à 4 pouces & demi, fig. 4. LL.

2.° De l'extrêmité du coccix aux deux tubérofités de l'ifchion, 4 pouces, & par conféquent deux diamètres.

3.° De l'une des épines de l'ifchion à l'autre, 4 pouces ou 4 pouces & demi. fig. 3. II.

4.° De la pointe ou extrêmité du coccix jufqu'à la fymphyfe des pubis, 4 & demi jufqu'à 5 pouces. fig. 4. K. K.

Le contour ou la circonférence totale du petit baffin, eft de 14 jufqu'à 16 pouces; celle du détroit inférieur ou fortie du baffin de 12 jufqu'à 14 pouces.

La profondeur du baffin, depuis la partie fupérieure de l'os facrum jufqu'à l'extrêmité du coccix, mefurée perpendiculairement, eft d'environ 5 pouces. Le creux que forme l'os facrum & le coccix, lorfque ce dernier eft repouffé par la tête de l'enfant, augmente la profondeur d'un pouce.

Celle depuis le bas de l'ilium jufqu'à l'extrêmité de la tubérofité de l'ifchion, eft de 3 pouces & demi jufqu'à 4. DD; & depuis la partie fupérieure du pubis jufqu'à l'inférieure, où fe fait leur jonction d'un pouce & demi, B. Il réfulte de cette variété, que la cavité du petit baffin eft trois fois fi profonde de haut en bas en arrière, & latéralement deux fois, que fur le devant. Delà vient que la defcente de la cavité du petit baffin eft antérieurement & latéralement perpendiculaire; mais l'os facrum & le coccix forment intérieurement une cavité ou courbure, afin que la tête de l'enfant fe porte fur le devant à mefure que les contractions de la matrice agiffent fur fon corps.

On doit bien fe mettre au fait de cette divifion de la cavité du baffin, pour pouvoir examiner & connoître la pofi-

tion de la tête de l'enfant dans les différens Accouchemens, & combien elle eſt avancée au paſſage, ſoit par le détroit ſupérieur, ſoit par l'inférieur. La connoiſſance de ces parties eſt auſſi néceſſaire pour examiner la conſtitution du baſſin, vu qu'il arrive aſſez ſouvent, que ſon détroit ſupérieur eſt trop large ou trop étroit, ce qui peut rendre l'Accouchement difficile; c'eſt ce qu'une Sage-femme peut & doit prévoir.

Comme on peut faire cet examen par le ſeul attouchement des parties tant externes qu'internes, & ſavoir avec certitude comment le baſſin eſt conformé, & ſi la femme accouchera heureuſement ou difficilement, il convient que les Sages-femmes obſervent ce que je viens de dire à chaque Accouchement, pour ſe former une juſte idée de la capacité naturelle du baſſin, & diſtinguer, au cas qu'il ſoit mal conformé, ſi elle eſt trop ſpacieuſe ou trop étroite.

ARTICLE V.

Du baſſin difforme.

Lorſque le détroit ſupérieur du baſſin eſt trop grand, l'inférieur eſt communément trop étroit, ce qui eſt cauſe que la matrice peut être aiſément entraînée avec la tête de l'enfant dans la capacité du baſſin, même par des douleurs très-légères. La tête s'arrête alors, tant à cauſe du rétreciſſement du paſſage, qu'à cauſe de la matrice qu'elle a entraînée avec elle. Le commencement du travail eſt dans ce cas très-prompt & la fin très-lente.

Lors au contraire, que le détroit ſupérieur du petit baſſin eſt trop étroit, l'inférieur eſt pour l'ordinaire ſpacieux; & dans ce cas la femme eſt long-tems en travail avant que la tête de

l'enfant defcende dans la cavité du petit baffin; mais lorfque la tête de l'enfant eft une fois engagée dans fa capacité, l'Accouchement eft prompt: de forte que le commencement du travail eft dans ce cas lent & fa fin très-prompte. Le rétreciffement du détroit fupérieur du baffin, eft quelquefois caufe, que la tête de l'enfant ne peut s'engager dans le petit baffin, & dans ce cas, la femme ne peut accoucher qu'avec le fecours d'une Sage-femme, ainfi qu'on le démontrera à l'article des Accouchemens contre-nature.

J'ai dit ci-deffus, que la profondeur ordinaire de l'os facrum eft de fix à huit lignes; lorfqu'elle eft plus confidérable, c'eft ordinairement aux dépens du détroit fupérieur & du détroit inférieur; la capacité du baffin devient plus ample; le commencement & la fin de l'Accouchement font lents, & le progrès très-promt. Lors au contraire, que la profondeur eft moindre, la capacité du petit baffin n'a pas affez d'étendue; dans ce cas, la tête de l'enfant, après avoir enfilé le détroit fupérieur, parvient difficilement jufqu'à l'inférieur, & il court rifque de périr, à caufe de la preffion qu'éprouvent les cerveaux: il eft à craindre pour la femme une inflammation au corps de la matrice & à celui de la vefie, à caufe du féjour que fait fur ces parties la tête de l'enfant, & de la compreffion qu'elles éprouvent. C'eft encore dans cette occafion, que les os du baffin devroient néceffairement s'écarter, & que l'ufage du forceps ou la fection de la fymphyfe deviennent néceffaires: dans ce cas-ci, le commencement & la fin de l'Accouchement font promts, & les progrés fort lents.

Lorfque le rétreciffement du petit baffin, principalement du détroit inférieur, eft fi confidérable, qu'il ne permet pas la fortie de la tête de l'enfant, il ne refte qu'un moyen à em-

ployer, mais très-cruel, c'eſt de vuider les cerveaux & d'envoyer l'enfant en l'autre monde, c'eſt l'unique reſſource pour ſauver la mère; mais comme il eſt honteux à l'Accoucheur d'employer des moyens, qui ôtent la vie à l'enfant, il vaut mieux pratiquer la ſection de la ſymphyſe ou l'opération céſarienne. Il doit cependant recourir à la première opération à tems, & ne point employer la derniere, lorſque la tête de l'enfant eſt engagée dans le petit baſſin.

Une Accoucheuſe, qui eſt appellée auprès d'une femme en travail, doit, avant toutes choſes, examiner avec ſoin la conformation externe & interne du baſſin, & au cas qu'elle découvre le vice dont on vient de parler, elle ne doit ni temporiſer, ni laiſſer épuiſer la femme par la longueur d'un travail inutile, mais employer cette dernière reſſource, pendant qu'elle jouit de ſes forces & ſe trouve en état de la ſupporter.

Nous n'avons aucun vice de conformation à craindre chez les femmes, qui ont déjà fait un enfant à terme bien conſtitué & qui eſt venu naturellement, à moins qu'il n'en ſurvienne quelqu'un à l'occaſion d'une maladie, qu'elles ont eue depuis.

Il eſt évident par tout ce que nous venons de dire, que pour que l'Accouchement ſoit heureux & facile, le baſſin doit être bien conformé & avoir les qualités ſuivantes : 1.° Que chacun de ſes os ait une groſſeur, une largeur & une ſurface bien proportionnées. 2.° Que ces os forment une capacité convenable. 3.° Que cette capacité, qui conſiſte dans l'entrée & la ſortie de la cavité du petit baſſin, ſoit proportionnée avec la tête de l'enfant; car il peut ſe faire qu'un baſſin, quoique bien conformé, ſoit trop large ou trop étroit, eu égard à la tête de l'enfant, & occaſionne un Accouchement très-fâcheux.

Puisqu'un baſſin difforme peut occaſionner des Accouchemens laborieux & contre-nature, l'on ne doit jamais perdre de vue les défauts auxquels il eſt ſujet.

1.° Dans ſa partie ſupérieure & poſtérieure, lorſque la ſaillie, formée par l'os ſacrum & la dernière vertèbre des lombes, s'incline trop ſur le devant, & diminue conſidérablement le diamètre antérieur du détroit ſupérieur; pour lors l'enfant ne peut s'y engager qu'obliquement, ou ne s'engage même pas du tout, lorſque la ſaillie eſt trop conſidérable; & dans ce cas, les os des îles ſe portent en arrière, les cuiſſes en dehors & les reins en dedans.

2.° Lorſque les os pubis, au lieu de faire ſaillie en dehors, la font en dedans du côté de l'os ſacrum, la femme porte ſes cuiſſes & ſes genoux en dedans.

3.° Le baſſin peut auſſi être défectueux dans ſa partie poſtérieure & inférieure, lorſque l'inférieure du ſacrum, comme nous l'avons dit plus haut, eſt trop courbée en dedans & vers le haut; ce qui rétrecit la capacité du baſſin & le détroit inférieur. Il en eſt de même lorſque les tubéroſités inférieures de l'iſchion ſe portent en dedans, au lieu de ſe jetter en dehors: on reconnoît ce défaut par le toucher.

4.° La capacité du baſſin peut éprouver divers changemens, lorſque les os ilium ou l'iſchion la diminuent par leur forme, ou lorſque l'un ou l'autre des os du baſſin eſt raboteux, inégal ou attaqué d'une exoſtoſe, ce qu'on remarque ſouvent dans les femmes, qui dès leur enfance, ſont boiteuſes, qui ont les os courbés & exoſtoſés, ou qui ont beaucoup ſouffert du rachitis: l'Accouchement de celles-ci eſt des plus difficiles, ſi même il ne ſoit pas impoſſible. *Voyez Pl.* 1. *fig.* 5.

ARTICLE VI.

Des parties renfermées dans le baſſin des femmes, & des celles qui entourent ſa cavité.

Les parties renfermées dans le baſſin des femmes, ſont la veſſie, la matrice avec ſes dépendances & le rectum. Ce dernier eſt placé par-derrière, la veſſie par-devant, la matrice & le vagin entre ces deux parties, & ſes dépendances de côté.

Le baſſin eſt revêtu, tant extérieurement qu'intérieurement, de muſcles, de membranes, de ligamens, d'expanſions ligamenteuſes, du tiſſu graiſſeux, de nerfs, d'artères & de veines.

ARTICLE VII.

De l'articulation & uſage du baſſin.

Le baſſin généralement pris, eſt articulé par le haut avec la dernière vertèbre des lombes, & par le bas avec les femurs dans les cavités cotyloïdes, ſur les têtes deſquelles, il ſuit la flexion de la colonne vertébrale, comme ſur deux pivots mobiles.

Le baſſin ſert non-ſeulement de ſoutien à la matrice, mais encore d'attache à toutes les parties molles de la génération, tant internes qu'externes.

ARTICLE VIII.

De la différence entre le baſſin d'un homme & celui d'une femme.

Il y a une différence remarquable entre le baſſin d'une femme bien conformée & celui d'un homme qui l'eſt également, laquelle eſt de très-grande conſéquence, tant pour la groſſeſſe, que

que pour l'Accouchement. Dans les femmes, le détroit ſupérieur & inférieur, de même que la capacité du baſſin, ſont beaucoup plus larges; le coccix plus mobile; les ailes formées par les os des îles, plus évaſées, afin que durant la groſſeſſe, la matrice ſoit plus à l'aiſe. Les tubéroſités de l'iſchion, & les branches qui forment l'arcade du pubis, ſont plus écartées, & ſes bords plus courbés en dehors; la capacité moins profonde, &c. ce qui facilite le paſſage de la tête de l'enfant.

ARTICLE IX.

De l'axe du baſſin.

La deſcription que je viens de donner du baſſin, toute courte qu'elle eſt, ſuffira, je penſe, pour en donner une idée juſte; mais avant de la finir & de faire l'analogie générale de la tête de l'enfant avec le baſſin, il convient de parler de ſon axe & du tronc total de la mère, qui certainement méritent une attention particulière, parce que l'enfant ne vient point au monde uniquement par le baſſin, mais par celui-ci conjointement avec tout le corps & particuliérement avec le tronc.

Lorſque la femme eſt couchée ſur le dos, la cavité du baſſin s'incline de bas en haut, au lieu qu'elle s'incline ſur le devant, lorſqu'elle eſt débout. C'eſt ſur quoi l'on doit particuliérement réfléchir, pour connoître ſon axe; car c'eſt ſelon ce dernier, qu'on doit toucher la femme, ou introduire dans la matrice la main ou les inſtrumens dont on ſe ſert pour cet effet; car faute de cette attention, leur introduction pourroit devenir impoſſible. Mr. Levret a fait conſtruire ſon forceps ſelon l'axe du baſſin, & c'eſt par-là qu'il l'a perfectionné & rendu plus utile.

La defcription que le célèbre Profeffeur CAMPER a donnée fur ce fujet, m'a paru fi importante, que je n'ai ofé y apporter le moindre changement; c'eft ce qui fait, que je l'ai copiée mot pour mot hors de fon addition à l'ouvrage de MAURICEAU; j'y ai joint la même Planche. *Voyez Pl.* 5. *fig.* 1, où l'on remarque toute la poitrine, les lombes & le baffin fciés en deux, & un enfant dedans, placé dans fa fituation naturelle. Cette Planche a rapport avec la 3.e & la 4.e

La première chofe, dit cet homme célèbre, qui fe préfente à la vue, eft le cours fingulier de la colonne vertébrale C F G H, qu'HIPPOCRATE a très-bien décrit le premier, favoir, la cavité de l'os facrum, la courbure des lombes vers l'intérieur, & la forme convexe des vertèbres de la poitrine. On voit par-là que la colonne vertébrale ne forme point une ligne droite, mais qu'elle a la figure d'un S, depuis la première vertèbre du dos, jufqu'à l'extrêmité du coccix, d'où réfultent différens changemens au baffin, felon les différentes attitudes du corps, comme je viens de le dire.

Lorfqu'on tire une ligne verticale par tous les centres de gravité, on a la droite A B, qui tombe dans la poitrine entre le fternum & la colonne vertébrale; mais qui des lombes paffe par le corps des vertèbres & le milieu de la furface de la cavité cotyloïde, comme en E. On appelle cette ligne la ligne des centres de gravité : en comparant cette ligne avec la courbure de la colonne vertébrale, l'on peut très-bien juger de fa direction.

On trouve, en commençant par le bas, que la première vertèbre des lombes forme en F un angle, qu'on appelle l'angle obtus ou la faillie de l'os facrum, & que lorfque cet angle de-

vient trop aigu, la diſtance entre le pubis & le ſacrum, ou le diamètre antèrieur du détroit ſupérieur du petit baſſin F M, diminue tellement, que la tête de l'enfant ne peut s'y engager que très-difficilement, ou même point du tout.

Cet angle eſt plus aigu, lorſque les lombes des femmes ſont enfoncés ou concaves, & c'eſt uniquement dans ce cas, que la tête de l'enfant s'enclave entre le ſacrum & le pubis, ce qui l'empêche de gliſſer dans la cavité du petit baſſin.

Lorſqu'il s'agit dans de pareils cas de tourner l'enfant ou d'extraire l'arrière-faix, cet angle empêche qu'on introduiſe la main auſſi haut qu'il le faut, & pour lors, il vaut mieux faire coucher la femme ſur le côté.

Il arrive cependant le plus ſouvent, que cet angle eſt tout-à-fait rond & obtus, comme on le voit en F. Les vertèbres des lombes ne forment quelquefois qu'une légère inflexion avec l'os ſacrum, comme en F G, parce qu'il y a ſix vertèbres des lombes ; & ce cas arrive quelquefois.

Comme c'eſt l'axe du baſſin qui ſert à diriger la main de l'Accoucheur, ou les inſtrumens qu'il introduit dans la matrice, il faut pour le trouver, tirer de l'extrêmité du coccix, par le milieu de F M, une ligne droite C E D, qu'on nomme *l'axe du baſſin.*

Nous apprenons par-là, 1.° qu'on doit toujours conduire la main ou l'inſtrument vers le haut du baſſin; en ſuivant ſon axe entre C M vers D, comme la ligne ponctuée D H *fig.* 1. *Pl.* 2. le montre, & non pas en haut de B vers A. Il eſt ſouvent arrivé, pour avoir fait le contraire, que l'Accoucheur

n'a pu introduire la main pour tourner l'enfant, pour extraire l'arrière-faix, & le forceps pour dégager une tête enclavée.

On voit par-là 2.°, que la matrice penche toujours en avant, & quelquefois si fort, sur-tout dans l'Accouchement, que son diamètre tombe entiérement sur l'axe du bassin, c'est-à-dire, que O L tombe sur C D, comme on le voit *Pl.* 3. *&* 4. Il est donc impossible, dit le célèbre M. Camper, que la matrice s'incline en arrière; il peut bien quelquefois arriver, qu'elle tombe de côté, mais cet écart ne peut jamais être assez considérable, pour retarder l'Accouchement. Je ne saurois adopter ce sentiment, malgré l'estime que j'ai pour cet homme célèbre, vu que l'expérience m'a convaincu du contraire, ainsi qu'on le verra dans la suite.

3.° Que l'enfant ne peut jamais faciliter l'Accouchement par son propre poids, soit que la mère soit assise, couchée, débout ou placée sur le côté.

4.° Il est visible enfin tant par la figure, que par la Planche précédente, qu'il reste un espace suffisant pour les viscères entre la matrice & le diaphragme; ce qui ne feroit pas, si la matrice se dirigeoit directement en haut dans la ligne des centres de gravité A B.

La ligne ponctuée G I K représente la véritable inflexion du diaphragme, qui monte jusqu'à la 3.e & 4.e vraie côte, à compter d'en haut.

ARTICLE X.

Dimensions de la tête des enfans.

Après avoir vu la construction & les différentes formes du bassin, il convient d'observer la convenance qu'il a avec la

tête des enfans, & c'eſt ce que je vais faire en ſuivant mot à mot le célèbre M. CAMPER.

On ne peut aſſez admirer la ſageſſe divine dans la formation du baſſin des femmes, auquel il a donné une capacité proportionnée à la tête de l'enfant, qui ſe préſente naturellement.

Cette tête a, outre la flexibilité des os, communément une grandeur proportionnée & analogue avec le baſſin: ſon diamètre, depuis le ſinciput juſqu'à l'occiput, eſt de 4 pouces & demi. *Voyez la Pl.* 1. *fig. 6.*

Depuis les tempes N N, 3 pouces & un huitième.

Des os pariétaux M M, 3 pouces & demi.

Depuis la fontanelle juſqu'à la nuque Q Q, 3 pouces & trois quarts.

Depuis le menton juſqu'au ſommet de la tête P P, 5 pouces.

La largeur des épaules eſt communément de trois pouces & demi, & la longueur totale de l'enfant, de 16 pouces.

On voit donc clairement par-là, que la longueur de la tête excède ſa largeur d'un pouce, & que ſon diamètre, depuis la fontanelle juſqu'à la nuque, eſt en proportion moyenne entre la diſtance du ſinciput à l'occiput & les os pariétaux; que cette tête ne peut paſſer par le baſſin avec ſon plus grand diamètre, de quelque façon qu'elle ſoit placée, mais bien, lorſque l'occiput ſe préſente le premier.

Lorſque la tête de l'enfant eſt plus groſſe, ou le baſſin plus étroit, les pariétaux & l'occiput coulent l'un ſur l'autre, la tête

prend une figure oblongue & pointue. Dans le cas où elle s'engage transverſalement dans la capacité du baſſin, elle tombe ſur ſon fond & y reſte, parce qu'elle ne peut ni ſe rétrecir, ni avancer, qu'avec le ſecours de l'art, en faiſant gliſſer l'occiput ſous l'os pubis, au moyen de quoi l'Accouchement ſe termine, de même que s'il étoit naturel.

On voit par-là, combien il eſt néceſſaire pour pratiquer l'art des Accouchemens, de bien connoître & de ſe former une juſte idée du baſſin de la femme & de la tête de l'enfant.

CHAPITRE II.

Des parties molles de la femme, qui ſervent à la génération, à la groſſeſſe & à l'accouchement.

LEs parties qui font le ſujet de ce Chapitre, ſont placées, partie hors du baſſin & partie dans le baſſin, ce qui fait qu'on les diviſe en externes & en internes.

ARTICLE I.

Des parties externes de la génération.

Les parties externes ou qui ſe préſentent à la vue, ſont les ſuivantes. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 2.

Le pénil A, les grandes lèvres B B, les petites lèvres D D, le clitoris C, le méat urinaire E, l'orifice du vagin F, l'hymen, & après la défloration les quatre caroncules myrtiformes G G, la foſſe naviculaire I, le frein K, la périnée L, l'anus M, & les deux feſſes N N.

SECTION I.

Du pénil.

Le pénil eſt une éminence molle, formée par la graiſſe & placée ſur le pubis, où il forme une eſpèce de couſſinet, qui ſert à adoucir les chocs, auxquels cette partie eſt expoſée : vers l'âge de puberté, il commence à y croître des poils, qui tombent lorſque les évacuations périodiques ceſſent, ou que la femme eſt avancée en âge.

La tenſion & la douleur piquante, que quelques femmes & quelques filles éprouvent ſous le pénil & aux aines, ſans qu'il y ait aucune rougeur, chaleur ou tumeur, dénotent ſouvent une maladie occulte du bas-ventre.

SECTION II.

Des grandes lèvres & de la vulve.

Les grandes lèvres ſont deux groſſes éminences molles & épaiſſes, qui commencent au deſſous du pénil & aboutiſſent à la périnée pour former la fourchette ; leur écartement forme ce qu'on nomme la vulve ou la grande fente : elles ſe joignent au deſſous du pénil & à la périnée, & l'on donne à ces jonctions le nom de commiſſures. Elles ont deux ſurfaces: l'externe eſt arrondie & l'intérieure applatie. La peau de la première eſt ſemblable à celle du pénil & des aines; celle de la ſeconde eſt rouge, fine & polie: elles ſont auſſi couvertes de poils vers l'âge de puberté.

Les grandes lèvres reſtent dures & fermes tant que les filles conſervent leur virginité, à moins qu'elles ne deviennent âgées, ou qu'elles n'eſſuient une maladie aigue ou chronique ; leur

fermeté diminue après le mariage, lorſque les Accouchemens ſont fréquens: elles ſont plus ou moins rapprochées, ſuivant qu'elles ſont fermes ou molles, & ſelon que les cuiſſes ſont rapprochées ou écartées. On les trouve ſouvent écartées aux filles qui naiſſent, & pour lors, elles laiſſent appercevoir les petites lèvres.

Les grandes lèvres ſe partagent comme en deux colonnes, & ſervent à couvrir l'arcade des os pubis. On obſerve dans les femmes qui accouchent pour la première fois, qu'elles rentrent dans le vagin, ce qui donne lieu de croire, qu'elles contribuent à le dilater & à faciliter l'Accouchement, ſans cependant qu'elles ſe déchirent par le trop grand volume de la tête de l'enfant.

SECTION III.

Des petites lèvres ou nymphes.

Les petites lèvres ſont deux parties rouges & charnues, qui reſſemblent aux crêtes qui pendent ſous le goſier d'un jeune coq, ce qui leur a fait donner le nom de crêtes de coq. Ce ſont deux replis de la peau interne de grandes lèvres; elles forment par leur commiſſure ſupérieure le prépuce du clitoris, & s'écartant à meſure qu'elles deſcendent, elles vont ſe perdre dans les grandes lèvres. C'eſt entr'elles qu'eſt placée l'ouverture de l'urètre. On les découvre aiſément en écartant les grandes lèvres, entre leſquelles elles font ſouvent ſaillie. Elles s'alongent quelquefois ſi fort, qu'on eſt obligé de les couper, mais cela arrive rarement aux filles, qui ont leur virginité.

Leur ſubſtance eſt ſpongieuſe, remplie de vaiſſeaux ſanguins, de nerfs & de glandes, & couverte par la membrane interne de grandes lèvres. Elles ſont couvertes de quantité de glandes ſeba-

ſébacées, qui rendent une liqueur d'une odeur toute particulière: elles ſont vermeilles chez les filles, mais elles pâliſſent chez les femmes, qui ont eu beaucoup d'enfans.

Leur uſage eſt d'empêcher que l'air ne pénètre dans le vagin & dans le conduit urinaire: elles concourent de même que les grandes lèvres à la dilatation du vagin dans le tems de l'Accouchement, & conduiſent, à ce qu'on prétend, le jet de l'urine, pour empêcher, qu'elle ne mouille les pieds.

SECTION IV.

Du clitoris.

Le clitoris eſt un bouton vermeil, placé ſous la commiſſure ſupérieure de grandes lèvres, d'une ſubſtance ſpongieuſe & parſemé d'une grande quantité des houpes nerveuſes, qui le rendent d'une ſenſibilité extrême. Sa couleur vermeille eſt occaſionnée par le ſang que lui fourniſſent les artères & les veines.

Le clitoris dans ſon état naturel, ne peut cauſer aucun obſtacle à l'Accouchement; mais comme il a beaucoup de ſenſibilité, on doit le ménager pendant les attouchemens, pour prévenir l'inflammation qui peut en réſulter.

Il eſt quelquefois d'une longueur & d'une groſſeur conſidérable: DE GRAAF dit, qu'une fille nouvellement née avoit cette partie d'une groſſeur ſi énorme, qu'on la prit pour un garçon. Cet exemple n'eſt pas unique & prouve, qu'on doit regarder la plûpart des hermaphrodites comme de véritables femmes. Dans des occurrences pareilles, les Sages-femmes doivent être très-circonſpectes, & ne pas annoncer de pareilles filles pour des garçons.

Cette partie eſt d'une ſenſibilité ſi exquiſe, qu'elle paſſe pour être le ſiège des plaiſirs vénériens.

SECTION V.

Du méat ou conduit urinaire.

On découvre, en écartant les nymphes, le méat ou conduit urinaire, lequel eſt placé environ un travers de doigt au deſſous du clitoris. Cette ouverture, dans l'état naturel, eſt quelquefois couverte d'un petit corps charnu & ſpongieux, qui empêche de l'appercevoir; ſi dans ce cas, il faut ſonder la femme, on relevera un peu la peau, pendant qu'on écarte les grandes & les petites lèvres.

L'urètre paſſant le long de la ſymphyſe des pubis, en deſſous leur arcade, eſt toujours comprimé par la tête de l'enfant pendant qu'elle deſcend : il ne lui arrive rien de fâcheux, lorſque l'Accouchement eſt prompt; mais lorſqu'il eſt long, il peut ſurvenir une rétention d'urine, une meurtriſſure, une inflammation & une gangrène dans le col de la veſſie & de l'urètre dans l'endroit comprimé, ſoit par la tête de l'enfant, ſoit par le levier ou le forceps, dont on ſe ſert pour la dégager. Nous parlerons de ceci plus amplement dans la ſuite.

SECTION VI.

De l'orifice du vagin, de l'hymen, des caroncules myrtiformes, de la glande proſtate, de la fourchette, de la foſſe naviculaire, de la grande fente & du périnée.

L'orifice du vagin eſt placé entre les nymphes au-deſſous du conduit urinaire. Il eſt plus étroit que le vagin même, & il a

le pouvoir, par le moyen de ſes fibres muſculeuſes, qu'on appelle le conſtricteur de la vulve, de ſe dilater & de ſe contracter, ainſi qu'on peut s'en appercevoir, en introduiſant le doigt dedans. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 6. G.

Cette ouverture dans les vierges, eſt entourée d'un cercle membraneux, qu'elle reçoit de la membrane interne du vagin, auquel on donne le nom d'hymen. Cette membrane eſt percée, pour donner paſſage aux menſtrues & aux autres humeurs évacuées par la matrice & le vagin. Après que l'hymen a diſparu, l'on trouve à ſa place quatre petits boutons charnus, qui paroiſſent ne former qu'un ſeul corps, mais qui ſe ſéparent, lorſqu'on introduit un corps étranger entre deux. On les nomme caroncules myrtiformes.

Ces caroncules ſont des appendices de la membrane interne des grandes lèvres; elles entourent l'orifice du vagin, & le ferment lorſqu'il eſt en contraction, comme le cul d'une poule.

Ces mêmes caroncules ſervent à dilater le vagin dans le tems de l'Accouchement; elles diminuent chaque fois, qu'une femme met un enfant au monde, de manière, qu'on les trouve ſouvent effacées.

On voit à la partie ſupérieure de l'orifice du vagin & au deſſous du conduit urinaire, un corps ſpongieux très-remarquable, qui, dans les Accouchemens lents & laborieux, s'enfle quelquefois très-conſidérablement. Un Accoucheur doit éviter de le toucher trop rudement, parce qu'il eſt très-ſujet à l'inflammation & à la gangrène.

Ce corps eſt ſitué directement ſous l'urètre le long du col de la veſſie, d'où vient que Dionis lui a donné le nom de

proſtate. Il fournit un ſuc mucilagineux, qui ſert à humecter le vagin & à le garantir des impreſſions que feroit ſur lui l'âcreté de l'urine. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 2. lettre F.

Le frein eſt un repli épais & charnu, qui réunit les grandes lèvres par leur partie inférieure, & auquel on donne le nom de frein de la vulve ou de la fourchette. Ce frein eſt un ligament très-tendu dans les jeunes filles; mais qui s'efface par le fréquent uſage du coït, & ſe détruit par l'Accouchement.

On apperçoit derrière ces replis & à l'entrée du vagin, un enfoncement ou foſſe, à laquelle on donne le nom de foſſe naviculaire, à cauſe de ſa figure, & qui s'efface auſſi dans les femmes mariées.

La fourchette eſt proprement l'union des grandes lèvres par leur partie inférieure: elle ſe déchire ſouvent à cauſe de la dilatation exceſſive qu'elle ſouffre au paſſage du fœtus, ſur-tout dans les femmes âgées, qui accouchent pour la première fois.

La grande fente ou vulve, eſt une ouverture longitudinale, qui regne entre les grandes lèvres de la vulve, depuis leur commiſſure ſupérieure, je veux dire le pénil, juſqu'à leur union inférieure.

L'eſpace compris entre la fourchette & l'anus, eſt le périnée: ſon étendue eſt d'environ deux travers de doigt, mais il peut s'étendre conſidérablement dans le moment de l'Accouchement, ſur-tout du premier enfant.

ARTICLE II.

Des parties internes qui servent, à la génération, à la grossesse & à l'Accouchement.

Ces parties se trouvent cachées dans la cavité du bassin, & ne sont visibles, que par la dissection. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 6.

Ces parties sont: E le vagin, C la matrice, LL MM les ligamens de la matrice, I'I les trompes de fallope, H H les ovaires, & en outre les vaisseaux, les nerfs & les glandes qui appartiennent à ces parties.

SECTION I.

Du vagin.

Le vagin est un canal membraneux, qui conduit directement à la matrice: il commence à la grande fente, monte avec une petite courbure vers le haut sous l'arcade du pubis, entre le rectum & l'urètre, & embrasse l'orifice du col de la matrice, de manière, que sa surface postérieure est attachée plus haut au col de la matrice, que sa surface antérieure. Sa longueur est ordinairement de cinq travers de doigt, de sorte qu'on peut facilement toucher son fond & le col de la matrice avec le doigt du milieu de la main. Quelques femmes l'ont cependant plus long. Il est souvent si étroit dans les vierges, qu'on ne sauroit y introduire le doigt, sans leur causer de la douleur. Son entrée est beaucoup plus étroite, que le reste de sa capacité, & la raison en est, qu'elle est entourée d'un plexus vasculeux, & embrassée par le constricteur de la vulve.

La surface interne du vagin est couverte de quantité de houpes nerveuses, qui la rendent extrêmement sensible, & d'un

grand nombre de rides tranſverſales, formées par la membrane interne ou nerveuſe de cette partie. Ces rides ſont très-remarquables dans les jeunes filles, auſſi-bien que chez les femmes, qui n'ont point eu d'enfans: elles diminuent & même s'effacent chez celles, qui en ont fait pluſieurs. Elles ſont plus remarquables par devant que par derrière; elles ſe rencontrent de deux côtés, & forment une ligne ou eſpèce de couture. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 5. E E.

Le vagin a trois tuniques. La 1.e, ou celles qui forment les rugoſités, eſt nerveuſe, ſpongieuſe, vaſculeuſe & parſemée de petites glandes, qui préparent l'humeur muqueuſe, dont l'intérieur de ce canal eſt toujours enduit, ſur-tout du tems de l'Accouchement, pour faciliter le paſſage à l'enfant. La ſeconde tunique, ou la muſculeuſe, eſt composée de fibres longitudinales & circulaires : ce ſont celles qui reſſerrent le vagin après la ſortie de l'enfant. Cette tunique eſt couverte d'une troiſième, qui dérive du péritoine, & eſt commune à la veſſie urinaire, à la matrice & au rectum.

Le vagin ſert à l'intromiſſion du tems de la copulation & de paſſage à l'enfant: il ſouffre dans ce dernier cas, une dilatation proportionné à ſa tête. Ce ſont ſes rides & ſon tiſſu, généralement pris, qui contribuent à cette dilatation, & il ſeroit ſans cela expoſé à être déchiré pendant le travail.

SECTION II.

De la matrice.

La matrice eſt un viſcère charnu, membraneux & vaſculeux, ſitué dans la région ſupérieure de la cavité du petit baſſin, entre l'inteſtin rectum & la veſſie urinaire, avec laquelle il a des connexions, & qui renferme le fœtus durant la groſſeſſe. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 6.

Sa figure eſt aſſez ſemblable à celle d'une petite calebaſſe applatie, dont la pointe tombe dans le vagin, auquel elle eſt attachée par un tiſſu cellulaire très-fort.

On diviſe la matrice en quatre parties, ſavoir: ſon fond, qui eſt la partie ſupérieure; ſon corps, qui eſt la moyenne; ſon col ou cette partie qui eſt entourée du fond du vagin; & ſon orifice ou ſa partie inférieure, qui forme une eſpèce de muſeau de tanche, ou fente tranſverſale. On y remarque auſſi deux faces légèrement arrondies, dont l'une eſt antérieure & l'autre poſtérieure, & deux bords, qui regardent le côté du baſſin.

Le col de la matrice eſt d'une figure conique, qui ſe termine par une fente tranſverſale, qu'on nomme orifice de la matrice: cet orifice a deux lèvres, dont l'une eſt antérieure & l'autre poſtérieure. La première eſt la plus longue dans l'état naturel, & reſſemble aſſez bien au muſeau d'un petit chien.

La matrice, ainſi qu'on le voit *Pl.* 2. *fig.* 3. *&* 4. eſt d'une ſubſtance ſpongieuſe, nerveuſe & vaſculeuſe. Sa grandeur n'eſt pas toujours la même, & elle diffère ſuivant l'âge & la ſtructure des femmes & des filles. Dans les filles faites, ſa longueur ordinaire A F, eſt de 2 pouces & demi ou environ, ſa largeur BB, un pouce & demi juſqu'à deux; elle eſt plus petite dans ſon col D D. La matrice eſt plus grande chez les femmes qui ont enfanté, que chez les filles qui ne ſont pas encore nubiles. Elle eſt pareillement petite chez les vieilles femmes, & celles qui ont obſervé une continence exacte, chez leſquelles elle eſt rétrecie, & comme flétrie. Elle eſt au contraire plus grande, plus épaiſſe & moins ſenſible, chez celles qui ont les regles trop abondantes, ou un commerce trop familier avec les hommes.

La matrice eſt creuſe, & la forme de ſa cavité ſuit ſa figure

extérieure. *Voyez fig.* 4. G H I I, qui eſt triangulaire. La pointe du triangle eſt tournée vers le bas, & terminée par une cavité, qui paſſe par le col H de cet organe, & s'ouvre dans le vagin F. Cette ouverture n'eſt pas plus grande, que pour à peine admettre un ſtilet. Les angles ſupérieurs qui ſont placés à droite & à gauche ſur le corps de ce viſcère, ſont pareillement terminés par deux ouvertures, mais ſi petites, qu'on peut à peine y introduire une ſoie de cochon. Ces orifices s'ouvrent près des trompes de fallope. B B M M.

La cavité de la matrice eſt tapiſſée d'une membrane très-mince & poreuſe, couverte d'une eſpèce de duvet très-fin, formé par de petits tuyaux creux, auſſi déliés, que de petits cheveux. On les découvre aiſément en ſoufflant dans une branche d'artère ou de veine de la matrice. On trouve du ſang dans ces petits tuyaux chez les femmes mortes pendant leur évacuation périodique. Cette membrane eſt unie au fond de la matrice, mais très-ridée à ſon col. On trouve dans ces rides quantité de petites glandes ou follicules, qui fourniſſent une humeur muqueuſe ou glaireuſe, qui bouche l'orifice interne de la matrice durant la groſſeſſe.

La cavité de la matrice diſtinguée de celle de col, contient à peine une féve de marais.

Lorsque la matrice eſt double ou ſeparée en deux cavités, elle a deux corps, mais ſeulemeut deux trompes de fallope, deux ovaires & deux ligamens, dont deux larges & deux ronds. Dans ce cas-ci, les deux corps ſont réunis enſemble perpendiculairement dans toute leur étendue; ils ſe réuniſſent auſſi quelquefois à leurs cols, & parfois repréſentent la matrice d'une brebis.

Il

Il y a dans le premier cas deux vagins très-diftingués l'un de l'autre, mais chacun a fon orifice particulier, & embraffe le col de la matrice qui lui eft propre.

Dans les deux autres cas, au contraire, la cloifon qui la fépare en deux cavités, ne continue ordinairement, que jufqu'au milieu du vagin ou environ.

SECTION III.

Des ligamens de la matrice.

La matrice eft retenue en place de chaque côté par deux ligamens, dont deux font ronds & les autres larges. *Voyez la fig. 6.* L L M M de la même planche.

Les ligamens larges L L, reffemblent affez bien aux ailes d'une chauve-fouris. Ils font une expanfion du péritoine, laquelle forme deux larges duplicatures, entre lefquelles font contenues les portions internes des ligamens ronds. C'eft dans le tiffu cellulaire qui unit les deux lames de ces ligamens, que ferpentent quantité de vaiffeaux fanguins, qui vont à la matrice & que fe forment la plûpart des engorgemens & des dépots laiteux. Ces ligamens font fitués de chaque côté de la matrice, & à la partie fupérieure du vagin, d'où ils vont fe rendre dans les régions iliaques. Les adhérences de la matrice avec les parties voifines, fuffifent pour la contenir; c'eft donc une erreur de croire, que ces ligamens la fixent, ils fervent feulement à foutenir les ovaires & les trompes de fallope.

Les ligamens ronds M M font deux cordons longs & minces, qui partent des parties latérales du corps de la matrice, près des angles fupérieurs au-devant & un peu au-deffous de l'endroit où commencent les trompes. Ils fe recourbent enfuite

vers les os pubis, pour ſortir par les anneaux des muſcles obliques externes & vont ſe perdre, en ſe diviſant en plnſieurs branches en forme de pattes d'oies, près & un peu plus bas que le clitoris dans les grandes lèvres & dans les parties voiſines. M. Winslow les nomme cordons vaſculeux, parce qu'ils ſont formés par un entaſſement conſidérable de vaiſſeaux ſanguins.

SECTION IV.

Des trompes de fallope.

Les trompes de fallope I I ſont deux conduits coniques, qui naiſſent des parties latérales & ſupérieures de la matrice. Il y en a un de chaque côté, mais leurs orifices ſont ſi étroits, qu'on peut à peine y introduire une ſoie de cochon. La longueur des trompes varie ſelon l'âge; mais elle eſt ordinairement de trois pouces.

Les trompes ſont compoſées de pluſieurs membranes. L'interne eſt liſſe, polie & une expanſion de celle de la matrice, *Voyez fig.* 4. B G B. Leurs extrêmités ſont découpées & frangées. La ſeconde eſt muſculaire & compoſée de fibres, dont les unes ſont longitudinales & les autres ſpirales ou obliques. La troiſième ou l'externe, lui eſt commune avec tous les autres viſcères, & eſt une expanſion de la duplicature du péritoine, qui forme les ligamens larges. Leur tiſſu eſt ſpongieux, & rempli de quantité de vaiſſeaux ſanguins qui le ſont enfler dans le tems de l'accouplement.

La cavité des trompes n'eſt pas la même par-tout. Elle eſt très-étroite du côté de la matrice, comme nous avons dit plus haut, & elle s'élargit inſenſiblement au point de former deux conduits, dont l'extrêmité eſt faite comme le pavillon d'une

trompette, ce qui leur a fait donner le nom de trompes. Elles ſont terminées par des franges ou dentellures plus ou moins nombreuſes K K, qui ſe recourbant, embraſſent l'œuf fécondé, & l'empêchent de reſter dans l'abdomen. Ces trompes forment un conduit de communication entre les ovaires & la matrice.

SECTION V.

Des ovaires.

Les ovaires H H ſont deux corps blanchâtres & applatis, dont la figure eſt en quelque ſorte ovalaire, placés aux environs des parties latérales du fond de la matrice dans les ligamens larges. Ils ſont pour l'ordinaire à peu près de la groſſeur d'un petit œuf de pigeon, mais cependant plus gros dans l'âge floriſſant, que dans la vieilleſſe. Ils ſont revêtus de deux membranes, dont l'externe eſt une expanſion du péritoine, & l'interne leur eſt propre. Ces membranes ſont ridées chez les femmes âgées qui ont enfanté, & au contraire liſſes & polies chez les jeunes filles.

Les ovaires ſont compoſés de deux ſubſtances différentes. L'une eſt une eſpèce de tiſſu ſpongieux, & l'autre un amas de pluſieurs petites véſicules rondes & tranſparentes, qu'on regarde comme autant d'œufs, enfermé dans le tiſſu ſpongieux. On ne doit confondre ces véſicules avec celles qui ſont cauſées par des maladies, & qu'on trouve ſouvent dans le même endroit. Ces dernières ſont des hydatides, qui occaſionnent quelquefois l'aſcite. Les ovaires ſe durciſſent au feu, comme le blanc d'œuf des oiſeaux, & ont la même couleur & la même ſaveur, ce qui n'arrive pas aux hydatides.

Les œufs diffèrent de volume, même dans le même ovaire.

Les plus gros n'excèdent pas la groſſeur d'un pois. Leur nombre eſt indéterminé: on en compte quelquefois juſqu'à vingt dans le même ovaire. Chacun de ces œufs eſt enfermé dans une cellule particulière, à laquelle ſe termine un grand nombre de branches des artères & des veines.

Les ovaires ſont placés dans les replis poſtérieurs des ligamens larges, comme ſuſpendus aux ligamens larges, & attachés par les mêmes bandes au corps de la matrice.

Les vaiſſeaux qui ſe diſtribuent à la matrice & aux autres parties qui ont du rapport à la génération, ſont les ſpermatiques, les hypogaſtriques & les hémorrhoïdaux.

Les veines ſont pareillement des branches de ces mêmes vaiſſeaux.

Les nerfs lombaires, les nerfs ſacrés & quelques branches des ſympathiques, donnent la ſenſibilité à la matrice, & aux autres parties voiſines.

CHAPITRE III.

Du flux menſtruel.

LE flux menſtruel, auquel on donne communément le nom de regle, eſt une évacuation du ſang par les parties naturelles du ſexe, qui ſe renouvelle dans un certain période de 20 à 20, de 25 à 25, de 30 à 30 jours, plus ou moins. Cette évacuation ne ſert pas, comme les Anciens l'ont cru, à purifier le ſang, mais à évacuer le ſuperflu, qui eſt deſtiné chez les femmes au développement du fœtus pendant la groſſeſſe, & à la ſecrétion du lait aprés l'Accouchement, & delà vient que toutes les femmes y ſont ſujettes depuis l'âge de 14, 15, 16 ou 17 ans.

L'âge dans le quel les regles paroiſſent, ſe nomme âge de puberté, & cette évacuation ceſſe entre la 45e & la 50e année, plutôt ou plus tard. Le ſang coule communément pendant 3, 5, 6, 7 à 8 jours, & il y a des femmes chez leſquelles il s'arrête au bout de deux.

Le ſang menſtruel eſt naturellement rouge, & n'a pas cette mauvaiſe qualité, que quelques phyſiologiſtes lui attribuent. Il reſſemble à tout autre ſang veineux, & devient ſur la fin de l'évacuation, en partie ou totalement ſéreux. Il découle goutte à goutte, & la quantité que les femmes en perdent chaque mois, n'eſt pas la même dans toutes. On l'eſtime en général de 3, 4 & même 6 onces. Il vient des vaiſſeaux de la matrice, ſans qu'ils ſouffrent aucune lacération, uniquement par filtration du duvet de la membrane, qui tapiſſe intérieurement ſa cavité.

Le flux menſtruel fait une impreſſion ſingulière ſur le corps des femmes. Vers l'approche de cette évacuation, leurs mamelles & leurs mains s'enflent, elles ſentent une chaleur dans ces dernières, des douleurs dans le bas-ventre dans les reins & dans les extrêmités inférieures; des émotions d'entrailles & d'autres accidens pareils, qui ne ſont pas égaux dans tous les individus. Il y a des femmes dont la bouche & l'haleine rendent une odeur déſagréable, qui ſe communique même à la ſalive, ce qui a donné lieu à l'ancien préjugé, que la femme ſe débarraſſe par-là des humeurs impures, qui ſe ſont accumulées dans ſon corps. C'eſt auſſi pour la même raiſon, que les Flamands donnent à cette évacuation périodique le nom de purification, *zuivering*. Si cela étoit, les femmes enceintes ſeroient ſujettes aux mêmes accidens, ce qui n'eſt pas, d'où l'on doit conclure, que ce ſang eſt uniquement deſtiné à la nourriture du fœtus.

Cette évacuation eſt quelquefois ſupprimée par un froid ſubit, un ſaiſiſſement ou telle autre affection de l'ame.

Les femmes ont coutume de cacher cette évacuation par modeſtie avec des aléſes & d'autres moyens, qui contribuent à l'entretien de la propreté ; mais cela peut ralentir & même cauſer la ſuppreſſion de leurs regles. Elles feroient beaucoup mieux, étant ſujettes à ce dernier inconvénient, de garder le lit pendant deux ou trois jours, & de deſſerrer leurs habits, afin que la chaleur les provoque.

Les remèdes pour la ſuppreſſion des règles appartiennent à la médecine ; mais le plus efficace eſt le repos du corps, & de ſe tenir dans le lit, dans une chaleur moderée. Les pediluves ne valent rien, ſur-tout en hyver, à moins qu'on ne ſe couche tout de ſuite dans un lit bien chaud.

Parmi les femmes qui ſont réglées pendant leur groſſeſſe, les unes ne le ſont qu'une fois, les autres pendant les trois ou quatre premiers mois, & rarement plus tard. Je traiterai cet article plus amplement dans la ſuite.

Les femmes, dont les parties naturelles ne ſont point diſpoſées à cette évacuation, en éprouvent d'autre, & rendent du ſang par les points lacrymaux, par le nez, par les oreilles, par les mamelles, par le fondement, &c.



CHAPITRE XV.
De la conception, de la grossesse, des signes de la grossesse & de la stérilité.

SECTION I.
De la conception.

LEs particularités de la conception sont très-difficiles à pénétrer. Cette matière est obscure, & les sentimens sont partagés là-dessus; il est vrai qu'elle est de peu d'utilité à la Sage-femme, mais elle doit au moins s'en former une idée, pour connoître en quoi, en quelle manière, & dans quel cas la nature s'égare dans ses opérations; par exemple, la fécondation dans les trompes de fallope, les ovaires, &c.

Le systême le plus généralement adopté sur la conception est, que lorsque pendant la copulation, un œuf, qui a acquis sa maturité, est arraché de l'ovaire par les franges charnues des trompes, & qu'il descend dans la matrice, au moyen du mouvement vermiculaire de ces conduits membraneux, & qu'en même tems il est arrosé par la semence de l'homme, il se forme une grossesse vraie.

L'œuf descendu dans la cavité de la matrice, est comme vivifié par la semence, & voilà la véritable conception d'un embryon accomplie.

L'orifice & le col de la matrice se resserrent après la conception, au moyen de leurs rides & fibres circulaires; le mucus distillé par les petites glandes qui se trouvent dans les re-

plis du col de la matrice, réunit & ferme ſon orifice, ce qui augmente le reſſerrement.

L'œuf n'a pas plutôt été fécondé, qu'il ſe fait dans la matrice deux changemens remarquables. D'un côté la matrice qui reſte contractée, exprime des vaiſſeaux lymphatiques dans ſa cavité le ſuc qu'ils contiennent, qui n'eſt alors qu'une lymphe laiteuſe ou eſpèce de petit lait, dans le quel l'embryon nage les premiers jours de la conception; & de l'autre côté, les extrêmités des vaiſſeaux, qui percent les parois internes de la matrice, ſe trouvent fortement étranglées par la contraction de ce même viſcère, ne peuvent épancher aucun ſang; ainſi de ce moment les regles ſont ſupprimées, ce qui eſt abſolument néceſſaire pour la conſervation de l'embryon, à qui le ſang menſtruel auroit nui, & qui l'auroit peut-être même entraîné, dans le commencement de la groſſeſſe.

Cette lymphe laiteuſe, exprimée dans la cavité de la matrice eſt pompée par les pores abſorbans de l'œuf, qu'elle développe de manière, qu'il ſe remplit de plus en plus & groſſit dans la ſuite. Elle ſert en même tems de ſuc nourricier à l'embryon, juſqu'à ce que le cordon ombilical ſoit développé.

L'œuf fècondé ayant acquis aſſez de groſſeur pout remplir la cavité de la matrice, s'attache par ſa ſurface externe à la face interne de ce viſcère, de même qu'une feuille de papier, enduite de ſalive, s'attache à la main ſur laquelle on l'applique; d'où réſulte une communication entre le tiſſu vaſculaire de la matrice, & l'œuf qu'elle renferme.

C'eſt ſelon le centre de gravité avec lequel l'œuf deſcend dans la matrice, que ſon pédicule s'attache au paroi du fond de ce viſcère, & c'eſt auſſi à cette partie, que le placenta prend ſon origine.

C'eſt

C'eſt à la ſurface du placenta qui répond à l'embryon, & du tiſſu vaſculaire, que le cordon ombilical prend ſon origine. Ce dernier eſt compoſé de deux artères, & d'une veine, de ſorte que le ſang paſſe des ſinus utérins, dans les cellules du placenta, & delà par la veine ombilicale au fœtus, qui par ce moyen tire la nourriture dont il a beſoin pour croître, par le cordon ombilical.

Le ſang ſuperflu que le fœtus ne conſomme pas, ſe décharge par les deux artères ombilicales dans le placenta & delà, dans la matrice; & c'eſt ainſi que le fœtus ſe développe, s'accroît & acquiert ſa grandeur requiſe, juſqu'au moment de ſa naiſſance.

Ce ſyſtême ſur la génération paroît être généralement reçu; mais j'avouerai cependant que ce myſtère de la nature eſt accompagné de grandes difficultès, qui ne ſont pas encore éclaircies, malgré toutes les peines qu'on s'eſt données, pour parvenir au but, qu'on ſe propoſe.

On n'a pas non plus une connoiſſance plus certaine pendant les deux premiers jours, & même plus tard, qu'une femme ait conçu dans la copulation, parceque les ſignes diagnoſtics ſont très-équivoques.

Il eſt impoſſible que les femmes qui conçoivent pour la première fois, puiſſent donner des ſignes certains de l'inſtant de là conception. Celles cependant qui ont eu pluſieurs enfans, éprouvent quelquefois pendant la copulation, certains ſymptomes, par leſquels elles jugent qu'elles ont conçu.

Quelques-unes éprouvent dans le plus fort de l'action, une certaine foibleſſe, qu'elles n'avoient pas eue dans les copulations précédentes, & prédiſent la date de leur Accouche-

ment. Les autres éprouvent un trémouſſement preſqu'univerſel, qui reſſemble à un friſſon, quoi qu'il n'y ait point de fièvre, ni de froid. D'autres, enfin, ont un mouvement convulſif ou une certaine chaleur dans le bas-ventre. Quelques-unes ont le lendemain ou le ſurlendemain de la conception, le ventre extrêmement ſenſible. La plûpart nous diſent, qu'elles ont éprouvé le lendemain une certaine débilité, accompagnée d'anxiété.

Tous ces ſignes ſont cependant incertains, & pluſieurs les ont, ſans être enceintes: Combien y en a-t-il, qui n'ont aucun de ces ſymptomes, & qui conçoivent ? Comme les femmes en général ſont occupées d'un ſentiment fort vif lors de la copulation, & que toutes ne ſont pas également ſenſibles, il eſt impoſible d'avoir des ſignes qui confirment la conception; il ſemble même que la nature nous les refuſe dans un tems plus avancé, pour ſe garantir de la méchanceté de l'homme.

SECTION II.

De la groſſeſſe.

L'état dans lequel ſe trouve la femme qui a conçu, s'exprime par le mot de groſſeſſe. Cet état dure depuis le premier inſtant de la conception, juſqu'au moment de la ſortie du corps qui en eſt réſulté.

Il y a deux ſortes de groſſeſſe, l'une naturelle & l'autre contre-nature.

Dans la groſſeſſe naturelle, le produit de la conception eſt continu dans la matrice : dans la groſſeſſe non naturelle ou contre-nature, il reſte dans l'ovaire, dans la trompe, ou il tombe dans le ventre.

On divise encore la grossesse, relativement à l'objet contenu dans la matrice, en vraie, en fausse & en mixte ou composée.

On dit que la grossesse est vraie, lorsque la matrice renferme un ou plusieurs enfans, soit morts, soit vivans.

Dans la fausse grossesse, la matrice contient une môle ou tel autre corps étranger, sans un vraie germe.

On dit que la grossesse est mixte ou composée, quand il y a, conjointement avec le vrai germe, une môle dans la matrice.

SECTION III.

Des signes de la grossesse.

Les signes de la grossesse varient beaucoup, & sont très-différens. Les uns indiquent si le fœtus est vivant ou mort, s'il est dans la matrice ou hors de ce viscère; les autres, si la femme est grosse d'un ou plusieurs enfans; & les autres enfin, si la matrice contient une môle seule ou accompagnée d'un enfant.

Je commencerai par décrire les signes de la vraie grossesse naturelle & simple, en supposant le germe vivant. Ces signes sont communs & propres.

Les signes communs & incertains, mais par lesquels on soupçonne la grossesse, sont: quand au commencement de la conception, le bas-ventre s'affaisse ou s'applatit. Le museau de tenche s'enfonce dans le vagin; l'orifice & le col de la matrice sont fermés; les regles sont supprimées; le corps glanduleux des mammelles devient mobile, se sépare du muscle pectoral & se laisse plus facilement

mouvoir. Lorſque la femme, en ſe levant le matin, a des nauſées & des vomiſſemens, qui appaiſent ſon mal de tête; il y a cependant des femmes, qui dans les premiers mois de leur groſſeſſe, vomiſſent à toute heure du jour, & avec tant de violence, que leur viſage s'enfle, & qu'il s'y forme des varices. Ces nauſées & ces vomiſſemens diminuent & ceſſent même avec le quatrième mois de la groſſeſſe.

Lorſque la femme a des appétits bizarres, par exemple, du dégoût pour les alimens ordinaires, & du goût pour ceux auxquels elle n'eſt pas accoutumée. Lorſqu'elle devient triſte, craintive, mélancolique, débile, aſſoupie, qu'elle pâlit ou rougit; qu'elle ſalive abondamment, qu'elle eſt tourmentée de maux de dents; qu'elle a des taches au viſage; que ſes paupières ſont molaſſes & entourées d'un cercle livide; que ſes yeux ſont abattus & enfoncés; qu'elle reſſent ſubitement des laſſitudes dans les bras & les jambes, des tiraillemens dans les aînes, & des douleurs ſourdes dans le bas-ventre.

Lorſque la femme a des acidités dans l'eſtomac, parceque ce viſcère ne digère pas bien les alimens.

Il eſt fort rare de rencontrer tous ces ſignes ou ſymptomes enſemble chez les femmes enceintes, quelques-uns, & même la plûpart, accompagnent la ſuppreſſion des regles, & par conſéquent il eſt très-difficile d'affirmer qu'une femme eſt enceinte pendant les trois premiers mois. C'eſt pourquoi lorſqu'on eſt conſulté en pareil cas, il faut être extrêmement circonſpect ſur le jugement que l'on porte, ſur-tout lorſqu'il s'agit de l'honneur d'une femme, & qu'il eſt queſtion d'en condamner une à la mort. Combien de fois n'a-t-on par regardé des filles très-chaſtes comme enceintes, pris celles qui l'étoient, pour des hydropiques, & ces dernières pour des femmes enceintes? Il

n'eſt point des ſignes aſſurés, qui puiſſent ſatisfaire ſur la certitude de la vraie groſſeſſe, avant les cinq mois, ou le demi-terme; & c'eſt alors que ces ſignes ne peuvent plus laiſſer des doutes.

Pour connoître les vrais ſignes de la groſſeſſe naturelle, il faut réfléchir ſur les circonſtances ſuivantes.

L'orifice de la matrice eſt dans l'état naturel, ou chez les femmes non enceintes, dur, pointu, & oblong; ſa lèvre antérieure eſt plus longue que la poſtérieure, & il ſe maintient dans cet état auſſi long-tems qu'il n'eſt point troublé par une maladie. On découvre par le toucher du tems de la vraie groſſeſſe, que l'orifice de la matrice devient plus mou, plus court & arrondi; qu'il monte plus haut dans le baſſin; que ſa lèvre antérieure ſe retire, & que ſa fente transverſale acquiert une figure circulaire.

Après le troiſième mois, le fond de la matrice étant plus volumineux, le ventre s'enfle au-deſſus du pubis. Cet endroit étoit cependant plus plat au commencement de la groſſeſſe, que dans l'état naturel.

A la fin du quatrième, & au commencement du cinquième mois, cette même tumeur déborde le détroit ſupérieur de pluſieurs travers de doigt; les parties latérales ſe rétreciſſent & la tumeur occupe le milieu. La femme commence à ſentir le mouvement de l'enfant, lequel augmente de jour en jour conſidérablement. C'eſt alors que l'ombilic commence à ſaillir, & que les feſſes groſſiſſent. Le col de la matrice perd ſa forme conique, & eſt plus ſouple qu'il ne l'étoit auparavant.

Au ſixième mois, la tumeur s'élève juſqu'à l'ombilic; dan

le septième au-dessus du même; le col de la matrice est tellement raccourci, qu'il devient presqu'inaccéssible au tact; & dans le huitième son fond avoisine la région épigastrique. C'est alors que la femme se trouve dans la nécessité de recourber sont corps en arrière, pour avoir l'équilibre & n'être pas exposée à tomber, ne pouvant pas voir le sol sur lequel elle marche. *Voyez la Pl.* 3. *fig.* 1.

C'est à ce terme, que l'enfant se meut quelquefois si fort, qu'on peut voir ses mouvemens extérieurement. Les femmes en éprouvent souvent un sentiment douloureux. La respiration commence à être plus embarrassée, parceque le diaphragme est fortement poussé vers le haut. *Voyez la Pl.* 4. O. Les muscles du bas-ventre peuvent aussi fort peu coopérer à la respiration.

Plusieurs femmes s'apperçoivent que leurs mammelles grossissent, durcissent & leur causent quelque douleur. Leur aréole ou cercle s'agrandit, devient rouge aux blanches, & noir aux brunes. Les mammelons se retirent chez quelques-unes, s'allongent chez d'autres, & rendent une lymphe laiteuse. Il est cependant rare; ou, pour mieux dire, sans exemple, qu'on rencontre tous ces phénomènes chez la même personne; ordinairement ils sont diversement & inégalement partagés; quelquefois la femme ne sent aucune de ces incommodités.

Dans ce dernier tems de la grossesse, le col de la matrice acheve de se développer, il devient quelquefois si mince, qu'on distingue parfaitement avec le doigt la tête de l'enfant. Son bord ne conserve que peu d'épaisseur, excepté que dans quelques-unes il paroît en acquérir, ce qui vient alors de l'engorgement œdémateux qui s'y forme; ce qui peut tromper une sage-femme peu versée dans la pratique, & lui faire croire que

l'Accouchement eſt encore fort éloigné. L'orifice de la matrice reſte fermé dans la première groſſeſſe, mais chez les femmes qui ont eu pluſieurs enfans, il eſt ſouvent ouvert, & repréſente un cercle membraneux très-mince & très-ſouple. *Voyez la Pl. VI. fig.* 1. & 2.

La matrice deſcend dans le neuvième mois, & l'impreſſion que ce changement fait ſur la femme, fait ſoupçonner aux vulgaire, que l'enfant ſe retourne, ou fait une culbute, qui lui fait changer de poſition. J'en parlerai plus amplement en traitant cet article. C'eſt à cette époque, que la femme reſpire plus librement. C'eſt donc par ces ſignes, que nous venons de rapporter, qu'on peut avoir la plus grande certitude de la groſſeſſe.

Le terme de la groſſeſſe eſt ordinairement de dix mois après la conception, en comptant chaque mois de quatre ſemaines, & chaque ſemaine de ſept jours, de manière que la groſſeſſe eſt à terme au bout de quarante ſemaines, ou deux cents & quatre vingt jours. Pluſieurs Auteurs prétendent qu'il n'y a point de naiſſance tardive, & que le terme de la groſſeſſe paroît fixé chez la femme, excepté dans les groſſeſſes contré-nature ou exuterines, dont je traiterai plus amplement ailleurs.

Pluſieurs femmes deſirent de ſavoir combien elles ſont avancées dans leur groſſeſſe, afin de pouvoir prendre des arrangemens, pour n'être point ſurpriſes par l'Accouchement. Il eſt rare de pouvoir fixer cette époque à quelques jours près, parcequ'on ne peut pas compter du tems de la ſuppreſſion de leurs regles.

Il eſt rare qu'une femme devienne enceinte immédiatement avant ou après ſon évacuation périodique; c'eſt pourquoi, il

faut s'en tenir au demi-terme, ce qui peut différer plus ou moins dans l'une & dans l'autre.

On peut conjecturer le demi-terme, lorsque la femme commence à sentir les mouvemens de l'enfant, dont l'effet n'est cependant pas toujours le même : il vaut donc mieux ne compter que du quatorziéme jour après les regles.

La mère ou la femme enceinte, n'a pas une grande liaison avec l'enfant qu'elle porte. Les vaisseaux sanguins & les nerfs ne passent pas immédiatement de la mère à l'enfant; l'arrière-faix est aussi privé de sentiment, d'où il s'ensuit que la peur, les envies & les autres affections, ne peuvent influer sur ce dernier, ni par conséquent produire des monstres & des difformités dans quelques-unes de ses parties, ni encore moins des souris, & autres choses semblables.

Tout ce qui peut arriver à une femme enceinte, à l'occasion des envies & des saisissemens qu'elle éprouve, est d'être moins saine, & par conséquent de mettre au monde un enfant foible & infirme.

On auroit tort, & même il y auroit de l'indécence à croire, que l'Etre suprême, qui veille à la conservation de ses créatures, au point de ne pas les laisser dégénérer, ait abandonné la conformation des enfans aux folles imaginations de leurs mères.

Je parlerai dans la suite des signes de la grossesse de deux ou d'un plus grand nombre d'enfans; de ceux qui annoncent un enfant mort; de ceux de la grossesse fausse & contre-nature, & enfin de la superfétation.

SEC-

SECTION IV.

De la ſtérilité.

Une femme mariée eſt cenſée être ſtérile, lorſqu'étant dans le tems convenable pour engendrer, ſavoir, depuis l'âge de 14 ans juſqu'à 50, qu'étant ſaine d'ailleurs & dans les mêmes circonſtances que celles qui deviennent enceintes, elle ne le devient pas. Dans le cas où cela arrive, le deſir qu'elle a d'avoir des enfans la rend triſte, ſombre & mélancolique, ce qui cauſe ſouvent la diſcorde dans le ménage.

Il eſt difficile de décider de qui la ſtérilité dépend, vu que les hommes peuvent auſſi être ſtériles.

Ces accidens ſont les plus épineux qui puiſſent nous arriver, & il eſt inutile de queſtionner les femmes là-deſſus, car elles ſont les premiéres qui nous font connoître leur mécontentement ſur ce ſujet. La conſtitution extérieure peut paroître bonne & ſaine, tandis que la cauſe eſt cachée intérieurement, telle, par exemple, qu'une averſion ſecrette.

Lorſqu'on nous conſulte ſur la ſtérilité des femmes, nous devons ſcrupuleuſement examiner l'état des parties, tant internes qu'externes qui ſervent à la génération, autant que l'œil & le toucher peuvent y atteindre; au cas que nous ne découvrions point la cauſe de la ſtérilité, nous ne devons pas trop nous fier aux remèdes que quelques perſonnes crédules nous indiquent & attachent aux reins, à la partie honteuſe, & même introduiſent dans le vagin. Ces ſortes de moyens ſont riſibles, inutiles & même honteux.

On compte parmi les cauſes principales de la ſtérilité des femmes, & auxquelles on peut remédier par des opérations

de Chirurgie, l'imperforation de l'hymen ou de telle autre membrane contre-nature, qui empêche l'évacuation du sang menstruel : ce qui cause plusieurs accidens, tels qu'une tumeur, une douleur, une imflammation, un ulcère & autres désordres dans toute la circonférence du vagin.

Un coup de lancette donné à tems, suffit pour rémédier à cette incommodité; mais on ne doit pratiquer cette ouverture, que lorsque la membrane est gonflée par les menstrues. Si on négligeoit cette précaution, on courroit risque de ne pas la faire dans l'endroit qu'il faut, & peut-être causer une cicatrice au vagin, qui, dans la suite, pourroit être nuisible à l'Accouchement.

Il peut arriver, que par une irritation ou violence, par exemple, un Accouchement laborieux, le vagin s'enflamme & s'ulcère à son orifice, & que parlà cette ouverture soit totalement fermée; ce qui cause la même incommodité que la précédente, & exige les mêmes remèdes; mais avec cette différence, qu'il faut entretenir l'ouverture avec une canule d'étain ou de plomb, ou un morceau d'éponge préparé, & autres choses semblables, ce qui n'est pas nécessaire dans le premier cas.

Une tumeur squirrheuse, un cancer, une môle, un polype, des pierres dans la matrice, l'hydropisie de ce viscère, peuvent de même occasionner la stérilité, sans qu'on en connoisse la cause, à moins qu'on ne s'en assure par les signes qui ont précédé, & en introduisant le doigt dans le vagin.

Lorsque l'orifice de la matrice est bouché par une loupe ou telle autre tumeur semblable, cet obstacle suffit pour empêcher la conception, mais il peut être levé par la dextérité d'un Chirurgien.

Lorſque ce même orifice, au lieu d'être placé perpendiculairement dans le vagin, s'incline trop de l'un ou de l'autre côté, ce qui l'empêche de recevoir la ſemence; on peut quelquefois remédier à cet inconvénient, par le long & conſtant uſage d'un peſſaire convenable.

Une toux de longue durée, un vomiſſement, &c. ont ſouvent cauſé la ſtérilité, & elle a ceſſé dès l'inſtant qu'on a remédié à ces accidens.

La ſtérilité peut provenir des vices des parties internes, par exemple, de ce que les trompes de fallope ſont fermées, vu qu'une femme ne peut concevoir, à moins qu'il n'y en ait une d'ouverte. Le même cas arrive, lorſque les franges ſont trop flaſques, trop longues, dures & ſquirrheuſes, pour pouvoir recevoir l'œuf, &c. Il en eſt de même, lorſque les ovaires ſont affectés de quelque maladie, par exemple, d'un ſquirrhe, d'un ulcère, ou d'une hydropiſie. Ces vices ne ſont point apparents pendant que le ſujet eſt vivant, & tout ce qu'on peut dire dans ce cas, lorſqu'on eſt conſulté, eſt, qu'ils peuvent la cauſer.

Les fleurs blanches n'apportent pas d'obſtacle abſolu à la conception, car pluſieurs femmes les ont eues avant & pendant tout le tems de leur groſſeſſe. La chûte de la matrice ne ſauroit non plus l'empêcher, ſur-tout, lorſque les femmes ſont pourvues d'un bon peſſaire. Les hernies, quand même elles s'étendroient juſqu'aux grandes lèvres, ne ſauroient pareillement porter obſtacle à la fécondité.

J'ai cru devoir faire mention de tous ces accidens, afin qu'une Sage-femme puiſſe répondre aux queſtions qu'on lui fera, au cas qu'on la conſulte avant de conclure un mariage.

CHAPITRE V.

Du fœtus & de ſes dépendances dans la matrice.

SECTION I.

Des membranes du fœtus.

Les parties qui ſervent à la nourriture & à l'accroiſſement du fœtus, pendant qu'il eſt enfermé dans la matrice, ſont les membranes, les eaux qu'elles contiennent, le placenta & le cordon ombilical. *Voyez la Pl.* 5. *fig.* 2.

Le fœtus eſt logé dans la cavité de la matrice, comme dans un œuf membraneux, entiérement rempli d'eau. Cet œuf occupe toute la cavité de ce viſcère.

Cet œuf eſt compoſé de deux membranes, que quelques Anatomiſtes diviſent en trois, ce qui ne fait rien à la choſe; mais il eſt plus ſimple de les diviſer en deux, ſavoir, le *chorion* & *l'amnios.*

Le *chorion* e e eſt la première membrane qui enveloppe le fœtus dans le corps de ſa mère. Elle eſt épaiſſe, velue, ſpongieuſe & parſemée d'un grand nombre de vaiſſeaux capillaires qui s'attachent fortement au paroi interne de la matrice, & enveloppe extérieurement le placenta, en pénétrant toute ſa ſubſtance, formant tout au tour comme une bande, qui s'attache fortement à la ſurface interne de la matrice. On peut auſſi ſéparer cette membrane en deux parties, dont l'une couvre en partie la face ſupérieure du placenta f g, en commençant à ſon bord, & l'autre l'inférieure, de ſorte que le placenta paroît être enfermé dans le chorion. Il eſt beaucoup

plus épais que l'amnios, & y eſt attaché par un tiſſu cellulaire fort lache.

L'interne ou la ſeconde membrane eſt *l'amnios* a b, qui prend ſon origine à la partie inférieure du cordon ombilical, près du placenta, paſſe ſur la ſurface interne de celui-ci & du chorion, auquel elle eſt légèrement attachée. Cette membrane eſt plus mince & plus tranſparente que le chorion, & de plus fort ſouple, polie & d'une couleur argentine.

Les eaux qui ſont apportées par le chorion, ſe filtrent par l'amnios, & tombent ainſi dans ſa cavité. Quand cette liqueur ne pénètre pas l'amnios, elle s'arrête entre ces deux membranes, & empêche leur cohéſion. C'eſt cette même liqueur à laquelle on donne le nom de fauſſes eaux, parcequ'elles s'écoulent ſans que l'Accouchement ſuive, puiſque l'amnios reſte entier. L'écoulement de ces fauſſes eaux ne peut nuire, ni à la mère, ni à l'enfant, il leur eſt au contraire quelquefois ſalutaire & avantageux.

Ces membranes, quoique fortement collées enſemble, peuvent facilement être ſéparées; car lorſque du tems de l'Accouchement l'écoulement des eaux n'eſt pas abondant, une partie de l'amnios reſte quelquefois attachée à la tête de l'enfant; ce que quelques p erſonnes ſuperſtitieuſes régardent comme un ſigne heureux, diſant, cet enfant eſt né coëffé, & ſera heureux.

Voici à quoi ſervent les membranes dont je viens de parler. Elles renferment les eaux dans leſquelles nage le fœtus, & empêchent qu'elles ne s'écoulent par l'orifice de la matrice, ou celui des trompes. Elles attachent le placenta au fond de la matrice; elles couvrent le cordon ombilical, & ſoutiennent pendant l'Accouchement la colonne des eaux qui ſont preſſées

à travers de l'orifice de la matrice, pour dilater cette dernière partie, & faciliter le paſſage à l'enfant.

SECTION II.

Des eaux de l'amnios.

La cavité ovalaire que forment les deux membranes, contient une eau blanchâtre, gluante & tranſparente, dont la couleur & la conſiſtance approchent de celle du petit lait. Sa quantité varie ſelon les termes de la groſſeſſe & la conſtitution de la femme enceinte. Elle eſt communément d'une pinte vers la fin, tantôt plus, tantôt moins. Cette liqueur eſt plus épaiſſe & plus gluante dans les premiers mois, que dans les derniers de la groſſeſſe.

Les eaux ſont apportées & verſées dans la cavité formée par les membranes, & en partie pompées de nouveau par une quantité de vaiſſeaux lymphatiques, excrétoires & abſorbans, qui ſe diſperſent dans les membranes, & ſemblent avoir leur ſource dans de plus grandes branches, qui percent le chorion, & viennent de leurs vaiſſeaux ſanguins.

Les eaux de l'amnios diminuent les impreſſions trop violentes des corps extérieurs ſur l'enfant & lui procurent un eſpace ſuffiſant pour ſe remuer, ſur-tout dans les premiers mois de la groſſeſſe. Elles garantiſſent encore la matrice des impreſſions douloureuſes de l'enfant; elles ſoutiennent le placenta; elles augmentent la poche formée par les membranes du tems de l'Accouchement, & après que ces dernières ſont rompues, elles humectent le paſſage de l'enfant, &c.

Pluſieurs Auteurs prétendent, que ces eaux ſervent de nutrition au fœtus du tems de la groſſeſſe; mais ce qui prouve le contraire eſt, qu'on a trouvé des enfans monſtrueux & à plein

terme, qui avoient les ouvertures qui vont à l'eſtomac, entiérement fermées.

SECTION III.

De l'arrière-faix ou placenta.

On donne à ce corps le nom d'arriére-faix parcequ'il ſuit immédiatement l'enfant dans l'Accouchement naturel, & celui de placenta, parcequ'il a la forme d'un gateau. C'eſt un corps mollet, ſpongieux, rond & plat, qui au terme de l'Accouchement a huit à neuf pouces de diamètre, & un pouce d'épaiſſeur dans ſon centre, & va en diminuant inſenſiblement vers ſes bords.

On diviſe le placenta en ſon corps ou centre, qui eſt ſa partie la plus épaiſſe, & en ſon bord, ou circonférence. On le diviſe auſſi en deux faces, dont l'une eſt extérieure & l'autre intérieure. La première eſt fort inégale & lobuleuſe. Il eſt attaché par un tiſſu cellulaire du chorion au fond de la matrice. La ſurface interne eſt liſſe & polie, & couverte de deux membranes de l'œuf. On diſtingue parfaitement ſous cette dernière, les grandes branches des vaiſſeaux, & l'origine du cordon ombilical.

Le placenta occupe pour l'ordinaire & dans les circonſtances naturelles, le fond de la cavité de la matrice; mais il peut auſſi dans un état contre-nature, s'attacher à toutes les régions ou parois de la circonférence de ce même viſcère.

Il s'attache par un tiſſu cellulaire très-fort, dont une partie occupe la ſurface extérieure de la matrice, & l'autre le bord de cette partie. En outre, le placenta eſt ſoutenu en partie dans la cavité de la matrice, par les eaux de l'amnios, ainſi qu'il eſt aiſé de s'en convaincre quand on conſidère que l'embryon,

dans les premiers mois de la grossesse, quoique plus pesant que le placenta, nage dans ces eaux.

Le placenta est composé en partie d'un tissu cellulaire & en partie de vaisseaux sanguins. Il reçoit ces derniers de la matrice & du fœtus; mais de telle sorte, qu'ils ne s'anastomosent point, & que chacun absorbe le sang hors de ces cellules.

La Surface extérieure du placenta, qui occupe le fond de la matrice, est divisée par plusieurs petits lobes ronds & spongieux, de même que les anfractuosités du cerveau. On peut même, en introduisant la main dans la matrice, reconoître par ses inègalités la surface qu'on touche; car l'interne, qui est tapissée de ces deux membrances, est tout-à-fait lisse & polie.

Le placenta sert à entretenir la circulation du sang entre la mère & l'enfant. Sa structure est telle, qu'il peut empêcher l'affluence trop abondante de ce fluide, qui vient de la mère à l'enfant, de sorte que les vaisseaux des ces deux individus n'ont aucune communication, ainsi qu'on peut s'en convaincre, en y injectant des liqueurs différemment coloriées.

Le placenta sert enfin à préparer le sang pour l'enfant, & à procurer à la matrice une position & dilatation convenable.

SECTION IV.

Du cordon ombilical.

Le cordon ombilical PP, est un assemblage de vaisseaux, dont l'entortillement forme une espèce de corde, ce qui lui à fait donner le nom de cordon. Il prend son origine dans le nombril du fœtns, & se termine au placenta. Sa longueur la plus ordinaire, est d'environ deux pieds, & son épaisseur d'un travers de doigt. Le cor-

Le Cordon eſt composé de deux artères & d'une veine, qui ſont liées enſemble par dedans par un tiſſu cellulaire, & par dehors par une forte membrane.

Le Cordon eſt enveloppé par une expanſion du chorion, qui vient de l'arrière-faix. La membrane de l'amnios couvre uniquement l'origine du cordon. Tous ces vaiſſeaux ſont liés enſemble par une membrane cellulaire, qui eſt remplie d'une humeur épaiſſe & gluante. C'eſt de cette ſubſtance glutineuſe, que dépendent la force & l'épaiſſeur du cordon ombilical. Les cordons minces ſont ordinairement plus ténaces & plus forts que les épais, qui caſſent plus aiſément; mais l'avantage qu'ont ces derniers, eſt, que les fortes preſſions qu'ils eſſuient de la part de l'enfant, n'interrompent point ſi facilement la circulation du ſang; car lorſque cette interruption eſt complette, l'enfant meurt, ainſi qu'on le verra dans la ſuite.

Le cordon eſt couvert environ de la largeur d'un pouce de la peau du bas-ventre de l'enfant. C'eſt auſſi dans cet endroit que la nature forme, après la ſéparation du cordon, le nombril O. Il arrive quelquefois, que le cordon eſt couvert dans cette place de cette même peau à la hauteur de deux pouces, & lorſque par mal-adreſſe on fait la ligature deſſus, au lieu de la faire ſur le cordon, on cauſe de la douleur, une inflammation & même une hernie.

La veine ombilicale, p q, tire ſon origine du placenta par un million de petits vaiſſeaux, qui, en augmentant peu à peu, forment enfin ſon tronc. Ce dernier ſuit le cordon ombilical d'un bout à l'autre, ſe rend enſuite par le nombril dans le bas-ventre du fœtus, & s'anaſtomoſe avec le tronc gauche de la veine-porte, où il ſe décharge.

C'eſt par l'entremiſe de cette veine, que le fœtus reçoit du placenta, le ſang, la nourriture néceſſaire à ſa vie; mais il eſt bon d'obſerver, que le ſuperflu du ſang retourne du corps de fœtus dans le placenta, par le cordon ombilical, de la manière ſuivante.

Savoir, par les deux artères ombilicales r s t u, qui ſont des branches des iliaques internes de l'enfant, & ſe rendent par le cordon ombilical dans le placenta, où elles ſe diviſent, de même que la veine ombilicale, en un million de petits vaiſſeaux; au moyen de quoi, le ſang paſſe ſans interruption de la mère dans le fœtus, & de celui-ci dans la mére.

Les vaiſſeaux ombilicaux prennent différentes routes; tantôt les artères ſerpentent autour de la veine; tantôt celle-ci autour des artères. La veine eſt ordinairement couverte des nœuds, que les Sages-femmes ignorantes & crédules ont ſoin de compter, ſous pretexte de deviner par leur nombre, celui des enfans qu'une femme aura dans la ſuite.

Le cordon ombilical n'eſt pas toujours placé au milieu du placenta, il ſe trouve quelquefois ſur ſon bord, ce qui rend ſon extraction plus difficile, ainſi qu'on le verra dans la ſuite.

L'uſage du cordon ombilical eſt d'entretenir la circulation du ſang entre le fœtus & le placenta.

CHAPITRE VI.

De la poſition du fœtus dans la matrice.

LA poſition du fœtus dans la matrice, eſt, ſelon l'opinion commune, incertaine dans les premiers mois de la groſſeſſe; mais lorſque cette dernière eſt plus avancée, la plûpart

des Auteurs prétendent, qu'il eſt aſſis, le viſage tourné du côté du ventre de la mère, le dos de celui des lombes, la tête & le col penchés, les joues appuyées ſur ſes mains, & ſur ſes genoux. Il a auſſi les jambes croiſées, les talons contre les feſſes; ils ajoutent, qu'au bout de quelques jours ou de quelques ſemaines avant l'Accouchement, il fait ce que nous appellons la *culbute*, & l'on dit alors, que l'enfant ſe retourne, en précipitant ſa tête en bas vers l'orifice de la matrice, les feſſes tournées en haut, de manière que ſon viſage regarde l'os ſacrum de la mère, ce qui rend l'Accouchement naturel.

Le célèbre CAMPER & tous les Auteurs modernes avec lui, prétendent que dans les groſſeſſes naturelles & les plus ordinaires, l'enfant depuis le moment qu'il eſt conçu, jusqu'à celui qu'il vient au monde, a la tête placée vers le bas ou l'orifice de la matrice, & j'ai trouvé, que cela étoit ainſi, tant dans mon épouſe, que dans la plûpart des femmes que j'ai eu occaſion de viſiter pendent leur groſſeſſe. Lorſqu'on veut s'aſſurer de cette poſition par le toucher, il faut y revenir dans différens tems & à différentes repriſes; car il arrive quelquefois entre le ſeptième & le huitième mois de la groſſeſſe, que la tête de l'enfant remonte pendant deux ou trois jours ſi haut, qu'on ne peut y arriver ou atteindre dans ce moment.

Il s'enſuit clairement delà, que l'opinion dans laquelle on eſt communément, que les enfans qui doivent naître naturellement, font la *culbute* ou ſe retournent quelques jours, ou quelques ſemaines avant l'Accouchement, eſt mal fondée & abſurde. Il eſt cependant vrai, que dans ces ſortes de cas les enfans ſe préſentent par toutes les autres parties de leur corps auſſi-bien que par la tête, par exemple, les feſſes & les pieds premiers; mais cet accident eſt contre-nature & extrêmement rare.

La fig. 2. *de la Pl.* 5. eſt une eſquiſſe de celle qu'a donnée le célèbre ALBINUS, dans laquelle l'enfant eſt repréſenté la tête tournée vers le bas. J'ai choiſi cette figure préférablement à toute autre, afin qu'en tournant la Planche de haut en bas, on puiſſe voir la poſition de l'enfant dans la matrice, ſelon l'opinion des anciens.

On remarquera encore, que la ſurface du corps de l'enfant, & ſur-tout ſon dos, ſont couverts d'une matière blanche & gluante, d'une conſiſtance plus épaiſſe que la pommade. Quelques-uns prétendent, mais à tort, que cette matière eſt la ſemence de l'homme, qui s'eſt attachée au corps de l'enfant durant la groſſeſſe. D'autres, que c'eſt une matière caſéeuſe, qui ſe détache de l'amnios, ce qui eſt également faux. Elle n'eſt autre choſe qu'une matière, qui ſort des glandes cutanées du fœtus, mais qui eſt trop graſſe, pour pouvoir ſe mêler avec l'eau que renferme l'amnios. Elle facilite la ſortie du fœtus, & fait que ſon corps gliſſe plus aiſement.

CHAPITRE VII.

Deſcription de la matrice d'une femme enceinte.

LA matrice d'une femme enceinte diffère entièrement par ſa forme, ſa ſituation, ſon épaiſſeur, ſa groſſeur & ſurtout par ſon orifice, de celle d'une femme qui ne l'eſt point.

Lorſqu'on examine ce viſcère dans le dernier mois de la groſſeſſe, on remarque qu'il a une figure ovale comme une veſſie tout-à-fait remplie. Il s'étend depuis le détroit ſupérieur du baſſin, qui ſoutient ſa partie inférieure, juſqu'au-deſſus du nombril, preſque juſqu'à la foſſette de l'eſtomac. *Voyez la Pl.* 4.

On diviſe la matrice, dont je parle, en trois parties, ſavoir,

ſon fond, qui eſt la partie la plus haute; ſon corps, qui eſt celle du milieu; & ſon col, qui eſt la plus baſſe.

Sa plus grande épaiſſeur eſt dans le fond, ſur-tout lorſque l'arrière-faix y eſt attaché.

Le fond de la matrice d'une femme enceinte ne correſpond point directement ou en ligne droite avec le milieu du vagin, il forme avec ce dernier un angle aigu, de ſorte que ſon axe court de devant en arrière, & delà en avant. Son fond penche en avant, & on le ſent extérieurement dans la région ombilicale; & ſon orifice ſuit l'axe du détroit ſupérieur du baſſin, & eſt par conſéquent ſitué vers la cavité de l'os ſacrum. Plus ce viſcère s'enfle ou ſe diſtend, plus ſon fond penche en avant, & ſon orifice ſe retire en arrière, de ſorte qu'à la fin de la groſſeſſe on ne peut preſque plus atteindre à ſon col avec le doigt. *Voyez Pl.* 3. 4. *&* 5.

Au moyen de ce que je viens de dire, l'orifice de la matrice qui eſt retiré dans la cavité de l'os ſacrum, trouve plus d'appui, qu'il n'en avoit au-paravant.

A meſure que le tems de l'Accouchement approche, la matrice rentre plus avant dans le baſſin, & le vagin ſe raccourcit, ce qui eſt cauſe, que cette dernière partie s'élargit plus aiſément.

La matrice eſt retenue en haut par le péritoine, qui couvre entiérement ſa face ſupérieure; ſa partie inférieure eſt appuyée ſur le bord ſupérieur du petit baſſin. Elle eſt ſoutenue par devant & de deux côtés, par les ailes des os des îles & les muſcles du bas-ventre; & par derrière, par les vertèbres des lombes. *Voyez la Pl.* 4. La matrice peut par ce moyen ſe mouvoir

en avant, en arrière & de côté. Les ligamens larges ne la contiennent point du tout en place, mais il peut se faire que les ligamens ronds lui soient de quelque utilité, lorsqu'elle monte & se distend dans la grossesse.

La substance de la matrice ne devient pas plus mince pendant la grossesse, mais elle est plus flasque & plus spongieuse, & ses vaisseaux sanguins se gonflent & augmentent considérablement

Son col disparoît à la fin de la grossesse, & son orifice, comme j'ai dit ci-dessus, est pour l'ordinaire tellement fermé chez les femmes qui sont enceintes pour la première fois, qu'on a beaucoup de peine à le découvrir. Il n'en est pas de même de celles qui ont eu plusieurs enfans, il s'ouvre quelquefois dès le septième mois, & reste dans cet état jusqu'au tems que la femme accouche, même avec affaissement des membranes. Qu'on ne se trompe par ces phénomènes, & qu'on ne s'imagine pas, que l'Accouchement commence. On juge qu'il a lieu, lorsqu'il sort quantité de glaires du vagin, que les douleurs suivent & dilatent l'orifice de la matrice de plus en plus, & que les membranes se tendent pendant qu'elles durent, au lieu que dans l'état contraire, l'orifice de la matrice se présente plus épaisse sous la forme d'un anneau charnu.

Ces changemens qu'éprouve la matrice d'une femme enceinte, se font très-lentement; elle est dans les trois premiers mois encore assez petite, pour loger dans le petit bassin; son fond change ensuite, & après son col & son orifice.



CHAPITRE VIII.

De l'Accouchement en général.

ON remarque, qu'environ le neuviéme mois, la matrice a fouffert le plus haut degré de dilatation dont elle eft fufceptible. Le bas-ventre groffit depuis le pénil, jufqu'au milieu de l'efpace, qui eft entre le nombril & le fternum. On apperçoit autour du nombril une groffeur circulaire, qui s'étend jufqu'au cartilage xiphoide. Les parties hautes & latérales du bas-ventre, nommément celles qui font près de fauffes côtes, font plus diftendues & plus gonflées. *Voyez la Pl.* 4. La refpiration de la femme devient plus courte & plus difficile qu'elle ne l'étoit au-paravant.

Après que la matrice a acquis le plus haut degré de dilatation dont elle eft fufceptible, elle commence à s'affaiffer peu à peu, c'eft-à-dire, que la partie de la tumeur la plus haute & la plus ronde du bas-ventre s'affaiffe tous les jours infenfiblement vers le nombril, ce qui eft caufe que la tumeur avance encore plus en avant.

La tenfion que la femme fent au-deffous de fauffes côtes, diminue & même difparoît au point, que la refpiration devient plus libre. Cet affaiffement de la matrice occafionne des phénomènes nouveaux; car le bas-ventre avance fi fort, que la femme eft obligée, pour ne pas tomber, de pencher fon corps en arrière. *Voyez la Pl.* 3. Les lèvres des parties naturelles & les extrêmités inférieures commencent à fe tuméfier: le vagin rend une humeur blanchâtre & vifqueufe, qui augmente tous les jours: la femme eft contrainte d'aller plus fouvent à la felle & d'uriner plus fréquemment. Ces changemens font fuivis d'au-

tres de plus grande conſéquence & plus ſenſibles à la femme. Elle ſent ordinairement le ſoir après avoir fini ſon travail, une tenſion douloureuſe de peu de durée, mais qui lui reprend ſouvent & ſubitement, qui commence dans les lombes & le nombril, & finit dans la cavité du baſſin.

La femme rougit pendant cette douleur, qui lui eſt inconnue; elle ferme ſes lèvres, empoigne tout d'un coup le premier objet qui lui tombe ſous les mains, & ne le quitte point tant que la douleur dure. Elle n'a pas plutôt ceſſée, qu'elle rentre dans ſon premier état, comme ſi elle n'avoit rien ſouffert.

On donne à ces douleurs légères, mais véritables, le nom de *douleurs prognoſtiquantes*. Elles ſe manifeſtent ordinairement le ſoir, & diſparoiſſent dans le lit, lorſque la femme eſt dans une ſituation horizontale. Celles qui ont accouché pluſieurs fois, & qui ſont d'une foible conſtitution, ſentent beaucoup moins ces douleurs, que celles qui ſont enceintes pour la première fois. Ces dernières ſe trompent ſouvent à celles-ci, & s'imaginent, que le travail commence. C'eſt proprement dans cette occaſion, que les Sages-femmes commettent ſouvent des fautes impardonnables; car comme elles regardent ces douleurs comme de véritables douleurs déterminantes, elles font aſſeoir la femme ſur un fauteuil, en l'exhortant ſouvent tant que le jour dure, à les aider & les pouſſer vers le bas. Il s'eſt trouvé des femmes qui ont paſſé un jour entier dans un fauteuil, & qui ſe ſont promenées deux ou trois ſemaines après. Ces efforts anticipés que fait la femme pour faire valoir les douleurs, peuvent occaſionner une inflammation & autres accidens fâcheux.

Pour tranquilliſer la femme dans ces ſortes de cas, & s'aſſurer d'une manière qui ne lui laiſſe aucun doute, ſi elle eſt ſur le point d'accoucher ou non, on doit examiner les parties internes par le toucher.

On trouvera, en introduifant le doigt dans le vagin, 1.° que ce dernier eft plus ouvert qu'à l'ordinaire; que fes rides antérieures font prefque effacées; fa paroi de derrière plus haute que l'antérieure; fa partie contigue au col de la matrice, plus ample & plus étendue que celle de devant; l'angle, que forme le vagin & l'orifice de la matrice, plus aigu.

2.° L'orifice de ce dernier vifcère, qui dans fon état naturel ou hors de la groffeffe, eft ferme, pointu, alongé avec une fente tranfverfale & faillante, eft alors flafque, mince, arrondi & dilaté.

3.° On verra que l'ouverture de l'orifice de la matrice varie chez différentes femmes qui éprouvent les douleurs dont je viens de parler, de même que fur la fin de leur groffeffe. Chez celles qui font enceintes pour la première fois, la tête de l'enfant, pendant que les vraies douleurs durent, eft entiérement couverte par l'orifice de la matrice, qui eft pour lors fermé, au lieu que chez celles qui ont eu plufieurs enfans, & dont les parties font plus flafques, ce même orifice eft également mince par-tout, & laiffe quelquefois une petite ouverture, qui n'eft point tranfverfale, mais comme un petit cercle charnu & épais, dans lequel on peut avec peine introduire un ou deux doigts. *Voyez la Pl. VI. fig.* 1.

Cette ouverture eft placée au milieu du baffin, mais un peu en arrière, vers l'os facrum. On obferve dans ce tems-là chez quelques femmes, que l'orifice de la matrice eft flafque & pendant, & reffemble à un entonnoir renverfé, dont l'ouverture inférieure eft plus grande que la fupérieure, parce que le col de la matrice s'ouvre plus tard que fon orifice.

Lorfque cette ouverture de l'orifice de la matrice permet

l'intromiſſion d'un doigt, on ſent une membrane flaſque & mince, & derrière celle-ci la fluctuation des eaux de l'amnios, dans leſquelles on découvre un corps rond & dur, qui n'eſt autre choſe que la tête de l'enfant, qui porte ſur le bord du détroit ſupérieur du petit baſſin, & qui durant l'attouchement du doigt remonte quelquefois vers le haut & puis retombe vers le bas. Plus la tête de l'enfant eſt fixée vers l'orifice, plus l'Accouchement eſt prochain.

Lorſque dans le commencement de ces douleurs on n'apperçoit aucun changement à l'orifice de la matrice, ni tenſion des membranes qui renferment les eaux, on peut aſſurer la femme pour la tranquilliſer, que l'Accouchement n'a pas encore commencé, & qu'elle a encore quelque tems à attendre.

Ce ſont-là les phénomènes & les marques caractériſtiques d'un Accouchement prochain & des changemens qu'éprouvent les parties internes de la génération, qui deviennent tous les jours de plus en plus remarquables, puiſque l'orifice de la matrice s'ouvre de plus en plus, & deſcend dans la cavité du petit baſſin.

C'eſt dans cet état, que les femmes enceintes vivent continuellement dans l'attente juſqu'à ce que le terme de la groſſeſſe ſoit échu, & c'eſt alors que la choſe devient tout d'un coup ſérieuſe,

La nature tire le rideau dans le tems qu'on s'y attend le moins, & l'Accouchement naturel ſe fait de la manière ſuivante.

Premiérement la femme ſent des douleurs lentes, mais réitérées, ou des contractions dans la matrice & le bas-ventre; de certaines preſſions dans les lombes, de même que ſi elle vouloit aller à la ſelle.

Ces douleurs ne ſont pas de longue durée, elles ceſſent ſubitement & ſont long-tems à revenir. Elles ſont d'abord ſupportables, mais quelque tems après elles deviennent plus vives, plus ſenſibles, & ſont de plus longue durée. Elles ſe ſuivent l'une l'autre plus promptement, & forcent la femme à retenir ſon haleine malgré elle. Pendant que ces douleurs durent, le bas-ventre s'enfle & devient dur. On donne a ces douleurs, cauſées par la contraction de la matrice, le nom de *travail.*

Toutes les fois qu'on examine avec le doigt l'effet que font ces douleurs, on s'apperçoit 1.° que l'orifice de la matrice s'élargit circulairement; 2.° que ce même orifice, à l'inſtant que les douleurs commencent, ſe diſtend, ſe roidit & ſe dilate, d'où s'enſuivent la difficulté de reſpirer & une preſſion incommode dans le bas-ventre. 3.° Les membranes qui couvrent la tête de l'enfant, ſe diſtendent & s'avancent dans l'orifice de la matrice. *Voyez la Pl. VI. fig.* 2.

Les douleurs n'ont pas plutôt ceſſé, que ces membranes *fig.* 1., de même que l'orifice de la matrice, deviennent flaſques & ſe relâchent; le ventre s'amollit auſſi, & la femme ſe trouve ſoulagée.

C'eſt dans cet intervalle qu'on ſent diſtinctement au travers des membranes la poſition de la tête de l'enfant, parce qu'alors elles ne ſont point tendues, & que la tête tombe plus avant dans le détroit ſupérieur du petit baſſin. On ſent alors les ſutures membraneuſes des os de la tête, la fontanelle & ſon battement. *Voyez la Pl.* 1. *fig.* 6. *entre* MM & NN.

A meſure que la tête de l'enfant s'engage dans la cavité du baſſin, les ſutures & la fontanelle ſe rapprochent, & lorſque cela arrive, on ſent ſur la tête un pli, que quelques-uns pren-

nent mal-à-propos pour le cordon ombilical, mais qui n'eſt autre choſe que la peau de cette partie, qui par la ſuite forme une tumeur ronde & molle.

A meſure que les os de la tête de l'enfant ſe rapprochent, cette partie avance à proportion. Voici les différens mouvemens qu'elle fait en avançant. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 1. A la fin de la groſſeſſe, auſſi-tôt qu'une grande partie eſt engagée dans le petit baſſin, elle tombe au commencement du travail, non point directement & en ligne droite de D vers C, mais en décrivant une ligne courbe D E G H, avec la fontanelle & le front dans la cavité de l'os ſacrum & du coccix, couchée directement ſur le rectum; c'eſt même la raiſon, pour laquelle les excrémens durs ſont expulſés par cette preſſion de la tête de l'enfant ſur le rectum. L'occiput gliſſe alors ſous l'os pubis F; le front pouſſe le coccix C; le périnée ſe diſtend à chaque douleur, & l'anus s'alonge & ſe dilate.

Lorſque la tête de l'enfant eſt arrivée à ce point, elle remplit toute la cavité du petit baſſin. L'orifice de la matrice gliſſe premiérement deſſus le front de l'enfant & forme une eſpèce de bourlet (*voyez la Pl. VI. fig.* 4. a a a) entre l'occiput & le pubis, qui ſe retire enſuite & donne paſſage à la tête. C'eſt dans cet état, qu'on ne peut preſque plus ſentir l'orifice de la matrice; car comme la tête de l'enfant s'avance de plus en plus, il ſe dilate & s'amincit au point, qu'il diſparoît à la fin totalement. Lorſqu'on touche la femme dans cet état, une mucoſité ſanguinolente s'attache au doigt.

Les membranes forment comme une poche, qui groſſit conſidérablement, lorſque la tête de l'enfant eſt deſcendue, & elle reſte tendue, même après que les douleurs ont ceſſé, ce qu'elle ne faiſoit pas auparavant, car alors elle étoit flaſque,

lorſque les douleurs ceſſoient; elle ne ſubit à préſent d'autre changement, que de s'étendre ou groſſir un peu plus pendant que les douleurs durent, qu'après qu'elles ont ceſſé. *Voyez la Pl. VI. fig.* 4.

C'eſt alors que la femme eſt ſur le point d'accoucher. Elle entend de même que les ſpectateurs, pendant une forte douleur, un bruit, qui eſt ſuivi de l'écoulement d'une grande quantité d'eau hors du vagin: on dit alors que *les eaux percent* ou *ont percé*.

Les douleurs augmentent peu de tems après; elles ſe ſuivent de près, elles ſont plus aigues & continuent avec plus de violence & avec un tremblement dans les extrêmités inférieures. On appelle ces douleurs, *des douleurs déterminantes*.

La femme éprouve alors une oppreſſion extraordinaire; elle s'agite de côté & d'autre; elle a le pouls dur, vîte & plein; les yeux étincelans, les joues vermeilles, le viſage enflammé & le corps couvert de ſueur; les extrêmités inférieures & ſur-tout les genoux tremblans, des friſſons, mais qui ne ſont point accompagnés de froid; elle grince des dents & ſe mord les lèvres; elle a un air féroce & menaçant, le ton de voix glapiſſant, les cheveux hériſſés, comme une déſeſpérée, juſqu'à ce que les douleurs aient augmenté juſqu'au dernier degré. *Voyez la Pl. VII. fig.* 2. Chez les femmes qui accouchent pour la première fois, la fourchette ſe déchire, & l'enfant ſans aucun ſecours de la part de la Sage-femme ſort avec les eaux, par la grande fente, qui eſt conſidérablement élargie.

L'enfant n'eſt pas plutôt ſorti, que les douleurs s'appaiſent, & ſont ſuivies d'un calme parfait, qui ſe fait ſentir dans tout le corps; la chaleur, la rougeur, la ſueur diminuent peu à peu; l'accouchée prend un air plus ſerein, & embraſſe en ſouriant

& avec tranſport l'enfant qu'elle vient de mettre au monde ; elle remercie la Sage-femme & les aides des ſoins & des peines qu'elles ſe ſont données, & s'aſſoupit inſenſiblement.

Lorſqu'on examine auſſi-tôt après l'Accouchement les parties internes de la femme, on trouve que l'orifice de la matrice reſſemble à un morceau d'inteſtin qu'on a coupé, mais dont la partie poſtérieure paroît plus longue & plus mince, que l'antérieure. Le col de la matrice eſt la première partie qui commence à ſe rétrecir, & le cordon ombilical ſort par ſon ouverture. Ce cordon vient d'une plus grande cavité, & c'eſt au fond de celle-ci qu'eſt attaché l'arrière-faix. *Voyez la Pl. VIII. fig.* 1.

La ceſſation des douleurs, le calme & l'aſſoupiſſement, ne ſont pas de longue durée. Pour l'ordinaire environ au bout d'une demi-heure, les douleurs & les mouvemens ſpaſmodiques de la matrice recommencent, mais avec moins de violence qu'auparavant. Elles obligent l'arrière-faix à ſe détacher de la matrice, & à ſortir par ſon orifice dans le vagin, d'où on le tire aiſément auſſi-bien que les membranes, en tirant le cordon ombilical & lui donnant une ſecouſſe. *Voyez la Pl. VIII. fig.* 2. & 3.

Tels ſont les moyens que la nature, ſans aucun ſecours extérieur, emploie pour procurer l'Accouchement.

Après que l'arrière-faix eſt ſorti, on remarque, en introduiſant le doigt dans le vagin, que le col de la matrice ſe rétrecit conſidérablement ; mais ſon orifice ne le fait que lentement, & qu'au bout de quelques jours.

Si-tôt après l'expulſion de l'arrière-faix, il ſort, durant les premières heures, de la cavité de la matrice une grande quantité de ſang pur & clair, qui diminue au bout de quelques heu-

res. Quelques jours après, ce ſang devient aqueux & blanchâtre. Cet écoulement dure pour l'ordinaire, en diminuant inſenſiblement, quatre ſemaines. On donne à cette évacuation le nom de *Lochies* ou *Vuidanges.* Lorſque ce ſang ſort en forme de grumeaux, l'accouchée ſent des douleurs poignantes dans la région du pubis & dans le bas-ventre; elles proviennent de ce que ces grumeaux bouchent l'orifice de la matrice, ce qui eſt cauſe, que ce viſcère ne peut ſe débarraſſer du ſang & ſe diſtend, ce qui ne peut arriver ſans cauſer de la douleur. On appelle ces douleurs, *tranchées utérines*; elles durent rarement plus de 24 heures & ne ſont pas ſi ſenſibles chez les femmes qui accouchent pour la première fois, que chez celles, qui ont eu pluſieurs enfans.

La femme environ trois jours après qu'elle a accouché, eſt ſaiſie d'un friſſon ſuivi d'une grande chaleur, qui, au bout de 24 heures, ſe termine par une abondance de lait, qui fait gonfler les mamelles. Cette fièvre, qu'on appelle *fièvre de lait*, eſt ordinairement ſi benigne, qu'elle ceſſe d'elle-même ſans aucun ſecours.

Après que cette fièvre a ceſſé, toutes les parties rentrent dans leur premier état. L'accouchée donne la mamelle à ſon enfant, & tous les deux acquièrent tous les jours de la ſanté & des forces. Les parties, tant internes qu'externes, ſont tant ſoit peu flaſques & dilatées, & l'on ſent à l'entrée de l'orifice de la matrice une petite tubéroſité ou fente, qui eſt le ſigne le plus aſſuré d'une femme accouchée. *Voyez la Pl.* 2. *fig.* 5. *lettre* C.

Tels ſont les phénomènes qu'on remarque dans la conduite que tient la nature dans le tems de l'Accouchement. Le ſavant Saxtorph les a repréſentés avec le pinceau de la nature, & je les ai tirés de l'ouvrage du fameux Plenk.

CHAPITRE IX.

Du méchaniſme de l'Accouchement.

LOrſqu'on examine attentivement les différens phénomènes qu'offrent les parties deſtinées à l'Accouchement, l'on s'apperçoit d'abord, que les unes ſont actives & les autres paſſives.

Le méchaniſme conſiſte dans une forte contraction des parties, qui environnent l'enfant, & c'eſt par ce moyen que ce dernier avec toutes ſes dépendances eſt expulſé par l'orifice de la matrice, le vagin & la vulve.

On met au nombre des parties actives, ou qui contribuent à l'Accouchement, la matrice, les muſcles du bas-ventre & le diaphragme, qui, en ſe rétreciſſant, agiſſent ſur le corps de l'enfant.

Les parties paſſives ſont, non-ſeulement l'enfant, les membranes qui l'enveloppent, les eaux & l'arrière-faix, mais encore l'orifice de la matrice, le vagin & la vulve entière, ſur leſquels l'enfant & la poche d'eaux formée par ſes membranes, agiſſent & les obligent à ſe dilater.

On ignore encore la cauſe naturelle & déterminante, qui met les parties actives en mouvement après neuf mois de groſſeſſe; car il y a une différence entre celle-ci & la cauſe déterminante ſurnaturelle, qui occaſionne l'avortement ou l'Accouchement prématuré, puiſque ces derniers peuvent être produits par les indiſpoſitions du corps. Le développement total de toutes les fibres de la matrice paroît être à l'égard de cette partie, la ſeule cauſe naturelle inclinative. Ne ſeroit-ce pas la peſanteur de l'enfant & de ce qui lui appartient, qui met

met les parties actives en jeu, en les incitant & irritant? ou font-ce les évacuations périodiques, qui ont ceffé pendant neuf mois, qui font caufe que les vaiffeaux fanguins de la matricefe font engorgés & diftendus à un certain point, qui exige leur évacuation?

On explique parfaitement bien les phénomènes de l'Accouchement, quand on réfléchit fur les effets que produit la contraction de la matrice, des mufcles du bas-ventre & du diaphragme; car chaque contraction de la matrice doit diminuer fa capacité, & par conféquent tout ce qui eft renfermé dans ce vifcère, doit être pouffé vers fon orifice, qui dans ce cas réfifte fort peu. On comprend clairement par ce que je viens de dire, comment l'orifice de la matrice fe dilate, les membranes fe diftendent, la tête de l'enfant eft pouffée vers le bas, & comment à chaque contraction de ce vifcère, fon orifice en fe dilatant, caufe de la douleur à la femme.

Les contractions violentes & réitérées de la matrice, augmentent la dilatation de fon orifice, les douleurs, la tenfion des membranes & la defcente de la tête de l'enfant dans le vagin. Lorfque la tête a franchi l'orifice de la matrice, elle romp les membranes & dilate le vagin, au moyen de quoi les grandes & les petites lèvres de la vulve fe retirent dans le vagin; l'orifice de ce dernier s'étend de plus en plus, quoique la tête de l'enfant, qui gliffe fous l'arcade des os pubis, comprime & diftende fortement le périnée. *Voyez la Pl. VII. fig.* 2.

Lorfqu'on compare la conformation, la largeur & la profondeur du baffin & des parties contigues, par lefquelles l'enfant doit paffer en naiffant, avec la pofition, la groffeur & la longueur de fa tête, on comprend aifément le méchanifme, le changement & la route qu'elle doit tenir dans l'Accouchement.

Cette tête, qui eſt ordinairement plus groſſe que l'entrée du petit baſſin, eſt compoſée de pluſieurs os. (*Voyez la Pl.* 1. *fig.* 6.) qui ont la facilité de gliſſer les uns ſur les autres, ce qui eſt cauſé par la dureté & la ſolidité des os du baſſin, qui réſiſtent à la ſoupleſſe & moleſſe de la tête de l'enfant, qui eſt plus volumineuſe; celle-ci prend en conſéquence la forme d'un cône. (*Voyez la Pl.* 2. *fig.* 1.) ce qui la met en état d'écarter les parties molles, qui s'oppoſent à ſon paſſage.

La tête de l'enfant ainſi alongée, prend, en entrant dans le petit baſſin, la poſition ſuivante: ſa partie la plus longue, ſavoir ſon viſage, eſt poſée ſur la partie la plus longue du baſſin, c'eſt-à-dire, dans la cavité de l'os ſacrum. Auſſi-tôt que le ſommet porte ſur la plus grande courbure du ſacrum, elle ne ſauroit plus deſcendre en ligne droite, parce que cette courbure, conjointement avec le coccix, s'y oppoſeroit; mais elle ne trouve point de réſiſtance ſous l'arcade des pubis. *Voyez pag.* 92.

C'eſt dans ce moment, que la tête de l'enfant tombe dans le dernier paſſage; ſon front gliſſe ſur la cavité liſſe & unie de l'os ſacrum & le corps mobile du coccix. L'occiput ſe gliſſe, à cauſe de la cavité courbée des parties poſtérieures du baſſin, ſous l'arcade du pubis, qui eſt l'endroit, où il a le moins de profondeur. Le col ſe meut, comme autour d'un axe, vers le haut; le menton s'éloigne de la poitrine, le périnée gliſſe premiérement ſur l'occiput, enſuite ſur la fontanelle, le viſage, & enfin ſur toute la tête. Voilà le paſſage naturel que prend cette dernière partie, ainſi qu'on s'en apperçoit facilement par le toucher & la vue.

La tête une fois ſortie de la manière ſuſdite, le corps ſuit très-aiſément le paſſage qu'on lui a frayé. Les épaules paſſent par le diamètre tranſverſe du détroit ſupérieur du petit baſſin;

mais en arrivant à l'inférieur, elles ſe tournent en avant & en arrière, à cauſe qu'elles y trouvent moins d'obſtacle, le diamètre du coccix jusqu'à l'arcade du pubis étant d'un pouce plus grand, que celui d'un des os iſchion à l'autre.

La contraction ou rétreciſſement total de la matrice pouſſe conſéquemment avec facilité l'arrière-faix, & c'eſt ce qui cauſe les *tranchées utérines. Voyez la Pl. VIII. fig* 1. *&* 2. La perte de ſang qui ſuit, vient des ouvertures des artères, qui ne ſe ſont pas encore tout-à-fait contractés, & qui, avant ce tems-là, verſoient le ſang du fond de la matrice dans le placenta.

CHAPITRE X.

Des circonſtances de l'Accouchement naturel en particulier.

NOus avons juſqu'à préſent examiné l'Accouchement naturel en ſimples contemplateurs, & nous allons maintenant en parler en Accoucheurs.

La plûpart des Accouchemens naturels n'exigent point le ſecours de l'art, mais il eſt abſolument néceſſaire dans ceux qui ſont contre-nature.

On dit que l'Accouchement eſt naturel, lorſque l'enfant, après neuf mois de groſſeſſe, ſort lui-même facilement & en peu de tems, ſans le ſecours particulier de l'art.

Pour que cet Accouchement ſe faſſe aiſément & ſans le ſecours de ce dernier, il faut que la mère & l'enfant ſoient en bon état. La bonne poſition de l'enfant eſt la circonſtance eſſentielle à un Accouchement naturel.

La poſition la plus naturelle eſt celle, dans laquelle la tête

de l'enfant defcend tellement dans l'orifice de la matrice, que fa face eft tournée vers le facrum, & l'occiput vers le pubis. Lorfque cela eft, & que toutes les chofes font dans un état naturel, l'enfant fort aifément & en peu de tems, fans avoir befoin du fecours de l'art, ainfi qu'on en a des exemples à l'armée chez les femmes des foldats, les payfannes & les filles publiques, qui fouvent accouchent feules & en fecret, fans le fecours de qui que ce foit. Les Accoucheufes doivent avoir toutes ces circonftances préfentes devant les yeux, pour pouvoir juger, fi la nature n'eft pas troublée ou interrompue dans fes opérations.

Je traiterai dans les Chapitres fuivans de ces circonftances & du peu de fecours, que l'on peu procurer à la nature dans l'Accouchement naturel.

CHAPITRE XI.

Du toucher.

ON entend par ce mot, l'introduction d'un ou de deux doigts dans le vagin, jufqu'à l'orifice de la matrice, pour connoître fon état & les phénomènes qui s'y préfentent.

On doit toucher la femme avec la plus grande exactitude, parce que c'eft le principal & même l'unique moyen, par lequel on peut faire un pronoftic certain de l'état naturel ou contre-nature d'une femme avant & durant la groffeffe, de même qu'avant, pendant & après l'Accouchement.

Si la Sage-femme eft pourvue de la nature d'une main mince, & qu'elle ait en outre les doigts paffablement longs & fenfibles au tact, elle fera préférable à toute autre pour cette opé-

ration. Elle doit avoir les ongles bien coupés & rases, oindre un doigt ou même toute la main avec du beurre, de l'huile ou telle autre substance grasse, pour la rendre plus glissante & pouvoir l'introduire, sans causer du mal à celle, qu'elle est obligée de toucher.

On peut toucher la femme dans plusieurs positions ou situations, par exemple, lorsqu'elle est couchée dans son lit; qu'elle est assise sur le bord de ce dernier ou d'une chaise; qu'elle est débout appuyée sur quelque chose, & enfin lorsqu'étant sur son lit, elle s'appuie sur ses genoux & ses coudes.

On touche ordinairement une femme, lorsqu'elle est couchée, en lui faisant lever un ou les deux genoux. *Voyez la Pl. VII. fig.* 1. On se sert pour cet effet de la main qui répond au pied de la femme qu'on touche; par exemple, de la droite, si c'est le droit, & de la gauche si l'on est placé du côté du pied gauche. Cela fait, on place une main sous ses lombes qu'on soulève un peu; on approche l'autre du pubis, sur lequel on pose le pouce pour lui servir d'appui, & on introduit l'index dans le vagin jusqu'à l'orifice de la matrice, & les autres doigts se reposent sur le périnée. Durant cet examen, la femme doit tenir un ou les deux genoux levés & s'appuyer sur ses talons.

On introduit ensuite le doigt index aussi haut qu'on peut par le vagin à l'orifice & au col de la matrice: y étant arrivé, on le tourne en rond & de droite à gauche, pour examiner exactement l'état du col & de l'orifice de ce viscère. On procède de la même manière, lorsqu'on touche la femme assise, à genoux ou débout, mais avec cette différence, que lorsqu'on la touche étant à genoux, on introduit le doigt par derrière. Cette dernière manière est quelquefois nécessaire, principalement, lorsqu'on ne peut pas bien atteindre l'orifice de la matrice, en

la touchant par devant, ou que la femme s'y refuse par pudeur; on a encore l'avantage de pouvoir mieux découvrir l'orifice de la matrice. Pour toucher la femme pendant qu'elle est debout, on lui fait appuyer ses mains sur une chaise le dos courbé, & l'on se place derrière elle sur une autre. Si elle est couchée sur le côté gauche, on la touche par derrière de la main droite, & de la gauche, si elle est couchée sur le droit. On observera la même chose, lorsqu'elle est à genoux.

Il arrive quelquefois, sur-tout lorsque la matrice est placée fort haut, qu'on ne peut y atteindre avec un seul doigt; il faut alors se servir de toute la main, faire coucher la femme au travers de son lit, les pieds appuyés sur une chaise, & les genoux écartés, comme le montre *la fig.* 2. *de la Pl. VII.*

L'Accoucheuse ayant oint sa main avec quelque substance grasse, doit placer, dans ce cas, son pouce de façon entre ses doigts, qu'il forme avec ces derniers une espèce de cône; elle introduit alors ses doigts l'un après l'autre, en cachant son pouce dans le vagin, & ensuite toute la main, jusqu'à ce qu'elle arrive à l'orifice de la matrice.

Cette opération étant très-douloureuse pour la femme, on ne doit la tenter, que dans la plus grande nécessité; l'introduction de l'index seul est bien plus facile. On s'en sert dans l'Accouchement contre-nature, pour connoître la situation de l'enfant.

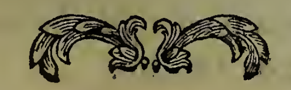
On sait par expérience, qu'on n'atteint pas plus haut avec deux ou trois doigts, qu'avec un seul; il faut donc tenir pour regle générale, de toucher une femme avec l'index seul, ou avec la main entière. Lorsqu'en introduisant celle-ci, on évite de faire rentrer le périnée, & qu'on écarte les poils de grandes lèvres, on peut toucher la femme, sans lui causer beau-

coup de douleur. Lorſqu'on n'a pas cette attention, les femmes ne peuvent ſupporter le toucher avec toute la main, & commencent par jetter les hauts cris.

Il arrive quelquefois, que l'un ou l'autre des plis du vagin eſt gonflé, & c'eſt à quoi il faut prendre garde, pour ne pas le confondre avec l'orifice de la matrice, & annoncer comme prochain, un Accouchement quelquefois éloigné. Pour ne point tomber dans cette erreur, il faut toucher plus avant & plus haut, & bien s'aſſurer de ce qu'on touche.

On découvre principalement par le moyen du toucher, ſi une femme eſt enceinte ou non; ſi elle a eu des enfans; de combien de mois elle eſt avancée dans ſa groſſeſſe; ſi les douleurs qu'elle reſſent, ſont vraies ou fauſſes; ſi ſon Accouchement ſera facile ou laborieux; ſi l'orifice de la matrice eſt bien placé ou non; ſi les eaux ſont écoulées; ſi ces dernières ſont vraies ou fauſſes; ſi la perte que la femme éprouve, vient de la matrice ou du vagin; ſi les eaux ſe préſentent bien ou mal; ſi la poſition de l'enfant eſt bonne ou mauvaiſe; s'il eſt vivant ou mort; ſi les parties molles de la femme, par où l'enfant doit franchir le paſſage, ſont dans un état naturel; ſi le baſſin eſt bien ou mal conformé; ſi l'enfant eſt dans la matrice ou dehors, &c.

Lorſqu'une femme enceinte, par une pudeur mal entendue, ne veut point ſe laiſſer toucher, elle ſe rend reſponſable de tous les malheurs qui peuvent lui arriver. La pudeur eſt ſans contredit celle de toutes les vertus qui fait le plus d'honneur aux femmes; mais Dieu, la nature, ni la religion ne prétendent une piété, qui eſt nuiſible au corps.



CHAPITRE XII.

Des signes qui annoncent l'Accouchement.

LA première chose qu'une femme enceinte & inquiète demande à sa Sage-femme, est, si elle est à la veille d'accoucher ; si l'Accouchement sera heureux; quel est le terme de sa grossesse & le tems auquel elle finira ; si le travail a commencé. Parmi toutes les réponses qu'on peut lui donner, celle de fixer le jour pour l'Accouchement, est la plus incertaine; cependant on peut à peu près le connoître par le tems auquel ses regles ont cessé, que l'enfant a commencé à se remuer; par l'accroissement & l'élevation de la matrice, ou la hauteur à laquelle elle se trouve; en touchant l'orifice de la matrice, & enfin par les douleurs *préparantes* & autres accidens qui précèdent l'Accouchement, & dont j'ai parlé ci-dessus. On peut cependant avec plus de certitude promettre à la femme enceinte, qui est à la fin de sa grossesse, que son Accouchement sera facile & naturel, lorsqu'on trouve par le moyen du toucher, que l'enfant est dans une bonne position, & le passage tel qu'il doit être.

On connoît que l'Accouchement commence, lorsque sur la fin de la grossesse, les vraies douleurs se font sentir, que par celles-ci l'orifice de la matrice se dilate & les membranes se tendent.

On connoît que l'Accouchement avance, par la continuation constante & l'augmentation des douleurs; par l'agrandissement & l'affaissement de la poche que forment les membranes, & la descente de la tête de l'enfant.

On

On juge que l'Accouchement eſt à ſa fin, par l'évacuation de l'humeur viſqueuſe & ſanguinolente qui ſort du vagin; par les douleurs *déterminantes*, le changement de la voix de la femme en travail, la dilatation de la vulve, & la ſaillie du périnée.

CHAPITRE XXII.

Des douleurs.

LEs douleurs que la femme ſouffre durant l'Accouchement, ſont occaſionnées par le rétreciſſement ou la contraction de la matrice, des muſcles du bas-ventre & du diaphragme, qui l'obligent à retenir ſon haleine malgré elle, & agiſſent ſur l'enfant pour le pouſſer vers le bas. Les femmes en travail ne ſauroient les cacher; car quand elles veulent les retenir pendant l'abſence de la Sage-femme, l'on s'en apperçoit tout de ſuite à leur mine.

Il n'eſt pas vraiſemblable, que ces douleurs proviennent de la contraction du tiſſu muſculaire de la matrice, elles ont leur ſource dans les vaiſſeaux ſanguins de ce viſcère, qui dans cet état ſe diſtendent & s'alongent, & qui n'étant avant la groſſeſſe que de petits viſſeaux capillaires, ne peuvent plus s'étendre, parcequ'ils ont ſubi le plus grand degré d'extenſion dont ils ſont ſuſceptibles, tant en largeur qu'en longueur, & tâchent de ſe remettre dans leur premier état, ainſi que le fait une ſangſue, après qu'elle eſt raſſaſiée de ſang. Ces vaiſſeaux, & particuliérement les artères, ſont pourvues de fibres muſculaires, de ſorte que la matrice, dont la ſubſtance ne paroît compoſée que d'un tiſſu cellulaire particulier, doit être regardée pour paſſive. Les vaiſſeaux ſanguins ſont toujours accompag-

nés de nerfs, & c'est par là qu'on explique le plus ou le moins de sensibilité de ce viscère.

On divise les douleurs, quant à leur origine, en *vraies, fausses* & *mixtes.*

Les vraies douleurs sont des contractions régulières de la matrice autour de l'enfant, qui du fond s'étendent jusqu'au col de ce viscère, & on les connoît, parceque pendant qu'elles durent, l'orifice de la matrice se dilate, & es membranes qui renferment les eaux, se distendent. *Voyez la Pl. VI. fig.* 2.

Les douleurs fausses, malgré qu'elles ne méritent pas le nom des douleurs, puisqu'elles ne coopèrent en rien à l'Accouchement, sont des affections douloureuses du bas-ventre & des environs du bassin, qui ne dilatent point l'orifice de la matrice, & ne font point enfler les membranes. *Voyez la même Pl. fig.* I. Les coliques, l'accumulation des excrémens & de l'urine peuvent les causer. On les distingue aisément de vraies douleurs, parceque l'application des linges chauds, & les lavemens les calment ordinairement, au lieu que l'usage de ces remédes excitent & augmentent les vraies douleurs.

Elles ne facilitent nullement l'Accouchement, parcequ'au lieu de dilater l'orifice de la matrice, elles le resserrent.

On appelle douleurs mixtes, celles qui dilatent & resserrent tour à tour ce même orifice.

On divise les douleurs vraies en quatre espèces, dont la première passe à la seconde, la seconde à la troisième & la troisième à la quatrième. Ces espèces sont: les *prognostiquantes*, les *préparantes*, les *expulsives* & les *déterminantes.*

Les *douleurs prognoſtiquantes* ſe font quelquefois ſentir quelques jours& même quelques ſemaines avant l'Accouchement, ſur-tout vers le ſoir, & s'appaiſent la nuit, lorſque la femme eſt couchée ſur le dos. La Sage-femme y eſt ſouvent trompée, car s'imaginant qu'elles ſont vraies, elle engage la femme à les aider & augmenter; mais les perſonnes inſtruites les diſtinguent facilement par le toucher, parcequ'elles ne dilatent aucunement l'orifice de la matrice. Ces douleurs durent quelquefois 12 à 24 heures & ſouvent plus, avant de paſſer à la ſeconde eſpèce.

Les *douleurs préparantes* dénotent quelque choſe de plus; elles ſont douces, de peu de durée, & ont de longs intervalles. Elles font ſortir du vagin une mucoſité blanchâtre, qui dans la ſuite devient ſanguinolente, l'orifice de la matrice ſe dilate, les membranes ſe tendent & ſaillent ſous une forme ronde dans l'Accouchement naturel par ce même orifice. *Voyez la Pl. VI. fig.* 3. Quand l'Accouchement ſe termine dans l'eſpace de ſix heures, ces douleurs durent ordinairement quatre heures.

Pendant les *douleurs expulſives*, la poche formée par les membranes qui renferment les eaux, eſt pouſſée plus bas & creve; *Voyez la fig.* 4. *de la même Pl.*; les eaux qu'elles contiennent s'écoulent, la tête de l'enfant s'enfonce de plus en plus dans le baſſin, juſqu'à ce que le ſommet ſe trouve entre les grandes lèvres. *Voyez la Pl. VII. fig.* 2. Pendant que ces douleurs durent, la femme n'urine plus, & lâche malgré elle les excrémens contenus dans l'extrêmité du rectum. Ces douleurs dans l'Accouchement naturel, durent une heure ou une heure & demie.

Pendant les *douleurs déterminantes*, la tête de l'enfant eſt entiérement pouſſée dehors, & elle eſt bientôt ſuivie de tout le corps. Ces douleurs durent un quart d'heure.

C'eſt la nature elle-même, qui, par ſa ſage diſpoſition, cauſe ſeule les douleurs, & lorſqu'elle reſte dans l'inaction, il n'y a point de remèdes pour hâter l'Accouchement, tous les ſpecifiques n'ont été inventés, que pour tromper le Public & en impoſer aux ignorans. La femme en travail peut le plus contribuer à faire avancer l'enfant & hâter l'Accouchement; mais cette coopération eſt inutile, quand elle n'a point de vraies douleurs; elle épuiſe au contraire ſes forces, & elle eſt quelquefois tout-à-fait ſans vigueur, quand elle eſt obligée d'aider ou ſoutenir les douleurs déterminantes. On ne doit par conſéquent pas exciter la femme à faire valoir ſes douleurs dans le commencement de ſon travail, ſur-tout, quand elles ſont fauſſes, car cela pourroit lui être très-nuiſible.

Il vaut mieux dans l'Accouchement naturel, que la femme laiſſe agir les premières douleurs; mais elle peut aider & ſoutenir les expulſives & les déterminantes. Dans le cas où l'enfant eſt dans une poſition contre-nature, on doit lui défendre de faire valoir ſes douleurs; & lui conſeiller de les laiſſer s'appaiſer lentement & d'elles-mêmes; car plus l'enfant s'engage dans le baſſin, plus on a de la peine à le retourner, à cauſe que les eaux s'échappent, & que la matrice ſe contracte tout-à-fait ſur lui.

Les tranchées uterines ſont cauſées par les différens rétreciſſemens de la matrice, qui ſe déclarent peu à près la naiſſance de l'enfant, & font ſortir l'arrière-faix & les caillots de ſang qu'elle contient.



CHAPITRE XIV.

Des eaux de l'enfant.

Les vraies douleurs n'ont pas plutôt dilaté l'orifice de la matrice, qu'on ſent dans cette ouverture une poche pleine d'eau. *Voyez la Pl. VI.*

Cette poche a le même diamètre que l'orifice de ce viſcère. Elle eſt flaſque après que les douleurs ont ceſſé, *fig.* 1. & fortement diſtendue, pendant tout le tems qu'elles durent. *fig.* 2, 3 & 4.

Lorſque l'Accouchement eſt naturel, cette veſſie eſt ronde, dure & gonflée, & ſe déchire par ſoi-même lorſque le ſommet de la tête de l'enfant doit être couronnée par l'orifice de la matrice, ou que cette dernière partie eſt diſtendue au troiſième degré. *fig.* 4.

On peu prédire en examinant la forme de cette poche, ſi l'Accouchement ſera naturel ou contre-nature; car quand elle a la forme d'un boudin, qu'elle eſt molle, plate, étendue & formée ſur la partie que l'enfant préſente au paſſage, c'eſt un ſigne que ſa tête eſt placée obliquement, ou que quelqu'autre partie de ſon corps eſt tombée dans l'orifice de la matrice. *Voyez la fig.* 1 & 5. Les eaux renfermées dans les membranes qui repréſentent une telle forme, s'échappent ordinairement toutes au déſavantage de l'Accouchement.

Les eaux ſervent à dilater & à lubrifier les parties molles, par leſquelles l'enfant doit paſſer, & ſur-tout l'orifice de la matrice & le vagin. Lorſqu'elles s'échappent trop prématurement, & que le paſſage ſe ſéche, l'Accouchement devient très-

laborieux; il faut donc dans l'Accouchement naturel toucher la femme avec beaucoup de circonſpection, de crainte de déchirer les membranes.

Il y a ſix cas dans leſquels on doit déchirer ces dernieres; 1.° Lorſqu'elles ſont dures & coriaces, & qu'elles ſortent avec les eaux hors de la vulve. 2.° Lorſqu'on eſt aſſuré que la matrice eſt trop remplie d'eau, ce qui cauſeroit la foibleſſe & & l'inertie de ce viſcere, ou lorſqu'il y a un défaut d'eau entre la tête de l'enfant & les membranes ou un amas de ce même fluide entre le chorion & l'amnios. 3.° Lorſque l'Accouchement eſt prompt, à cauſe de la largeur extraordinaire du petit baſſin. 4.° Lorſqu'on eſt obligé de retourner l'enfant. 5.° & 6.° Lorſque la perte de ſang eſt trop forte, ou que la femme a de convulſions. Je parlerai de tous ces accidens en particulier à l'article des Accouchemens laborieux.

Pour ouvrir les membranes, on doit ſimplement pendant une forte douleur pouſſer ſon doigt contre la tête de l'enfant, ou ſi elles ſont trop coriaces, les déchirer avec l'ongle; ou ſi la poche eſt aſſez avancée pour qu'on puiſſe la voir, la percer avec des ciſeaux, mais avec la plus grande précaution, de crainte que pendant une forte douleur expulſive, la tête de l'enfant ne tombe ſur la pointe de cet inſtrument. On doit pour cette raiſon les tenir de travers pour percer les membranes.

Dès qu'une Sage-femme apperçoit la moindre apparence d'un Accouchement contre-nature, & qu'elle n'a pas aſſez de confiance en elle-même pour le terminer, elle doit à l'inſtant faire demander un Accoucheur, avant que les eaux aient percé, parceque ces dernières le facilitent.

Pluſieurs s'imagiment, mais fauſſement, qu'ils y a des en-

fans qui naiffent fans le fecours de ces eaux; c'eft un prétexte qu'on prend ordinairement dans les cas des Accouchemens laborieux pour fe difculper, mais les eaux s'échappent alors par la mauvaife pofition de l'enfant; & c'eft la raifon pour laquelle on doit toujours biens s'affurer de cette dernière. Lorfque l'Accouchement tire en longueur, l'on ne trouve fouvent plus d'eau, ou l'on n'en trouve que très peu. Lorfque la tête de l'enfant eft d'une groffeur confidérable, il y a fouvent un défaut d'eau entre cette dernière partie & les membranes, ce qui eft caufe qu'elles reftent comme attachées à fa tête.

Les fauffes eaux ne s'écoulent point par la même route que les vraies, & n'occupent pas non plus la même place. Elles font enfermées entre les deux membranes de l'enfant, ou entre le chorion & la matrice. Elles font limpides, elles n'ont aucune couleur ni odeur, & ne tachent point le linge.

Ces fauffes eaux s'écoulent quelquefois plufieurs jours, & quelquefois quelques heures avant l'Accouchement, ce qui effraie fouvent la femme enceinte; mais cet écoulement n'a rien de dangereux, il eft au contraire falutaire, tant pour la mère que pour l'enfant, parceque la matrice fe peut mieux contracter.

Lorfque les fauffes eaux font enfermées entre la matrice & la furface externe du chorion, leur écoulement fe fait à la fin de la groffeffe fans que la femme s'en apperçoit; au lieu, que lorfqu'elles font enfermées entre le chorion & l'amnios, elles s'écoulent peu de tems avant l'Accouchement, fouvent durant les douleurs & avec bruit, de même que les vraies, à caufe que le chorion fe déchire.

On peut s'affurer par le toucher, fi les eaux qui s'écoulent font vraies ou fauffes, car dans le cas de dernières, les deux

membranes ne ſont pas déchirées. On doit obſerver de plus, ſi les eaux qui s'écoulent ſont naturelles & ſans odeur, car celles qui ſentent mauvais, annoncent quelquefois la mort de l'enfant. Lorſqu'elles ſont verdâtres, elles ſont mêlées avec le méconium de l'enfant, ce qui eſt ordinairement, mais pas toujours, un ſigne, qu'il préſente les feſſes.

CHAPITRE XV.

De la manière dont on doit placer la femme pour l'accoucher.

LA nature n'a beſoin d'aucun ſecours dans l'Accouchement naturel, & par conſéquent la femme eſt la maîtreſſe de choiſir la ſituation qui lui eſt la plus commode, pourvu qu'elle ne s'oppoſe point à la ſortie de ſont enfant.

La meilleure méthode, lorſque l'Accouchement approche, eſt de faire coucher la femme ſur un lit, autour du quel on puiſſe tourner commodément; ou bien ſur quelques chaiſes attachées enſemble, ſur leſquelles on met des matelats, ſur leſquels on la place de manière, qu'elle ait la tête, le dos, l'extrêmité de l'épine du dos, les bras & les pieds fortement appuyés contre quelque choſe qui réſiſte. On la couvre avec ſes couvertures, pourqu'elle n'ait point froid. Au moyen de quoi elle ſe trouve à ſon aiſe, & n'a aucune mauvaiſe ſuite à craindre pour ſon enfant lorſque l'Accouchement ſe fait précipitamment, ou qu'elle eſt ſujette à une chûte de matrice, à une hernie, une perte de ſang, &c.

On ſe ſert donc par préférence du lit de camp de la femme en travail, on le couvre d'un matelat & de linceuls, ſous leſquels on met une peau de mouton ou des draps pliés en plu-

ſieurs

ſieurs doubles, pour ne point tacher le lit. Deux aides s'aſſurent de ſes mains, ou à leur défaut, on place une ſerviette ſous l'extrêmité de l'épine du dos, aux bouts de laquelle ſont des nœuds, qu'elle tient avec les mains.

La femme ainſi couchée ſur le dos, les feſſes bien élevées, à meſure que la tête de l'enfant avance dans le petit baſſin & s'engage plus avant dans le vagin, ſa poſition doit inſenſiblement baiſſer, de façon, que vers la fin de l'Accouchement & durant les douleurs déterminantes, elle ſoit placée de manière, qu'elle ſoit entiérement renverſée en arrière. *Voyez la Pl. VIII. fig* 2. En obſervant ce que je viens de dire, on eſt plus à portée de la ſecourir & de ménager ſes parties naturelles.

Dans le cas où l'on n'a pas la commodité d'avoir un lit de travail ou un lit ordinaire, des matelas ou une paillaſſe, on fait aſſeoir la femme ſur les genoux d'une perſonne forte & vigoureuſe; ou bien, on prend deux chaiſes, ſur l'une deſquelles on fait aſſeoir la femme en travail, les feſſes ſur ſon bord & les cuiſſes écartées; la Sage-femme s'aſſied ſur l'autre. La première appuie fortement les pieds contre une planche, ou les montans de la chaiſe ſur laquelle la Sage-femme eſt aſſiſe, & les deux appuient leurs genoux l'un contre l'autre. Cette dernière prend une ſerviette, qu'elle noue aux deux bouts, & qu'elle paſſe autour du corps de la femme qu'elle accouche, pour ſoutenir ſes reins, & appuyer ſes mains, en la tirant à elle.

La femme peut faire valoir les douleurs préparantes étant aſſiſe, couchée ou débout; on doit cependant avoir ſoin de lui faire appuyer les extrêmités inférieures & les lombes pendant ce tems-là.

Lorſque l'Accouchement eſt contre-nature, qu'on eſt obligé de retourner l'enfant, ou de ſe ſervir du forceps, du levier, &c.

il faut faire coucher la femme sur un lit, les jambes pendantes, & les pieds appuyés de chaque côté sur le genou des aides, qui sont assises sur une chaise plus basse, & tiennent d'une main le genou, & de l'autre le pied de la femme. *Voyez la Pl. VII. fig.* 2.

La femme doit être placée de façon, que sa vulve soit directement vis-à-vis du nombril de la Sage-femme.

Elle peut avoir dans son lit quatre positions différentes: se coucher sur le dos, sur le côté droit ou gauche, s'appuyer sur ses mains ou sur ses genoux.

Ces manières de placer les femmes qu'on accouche, sont préférables aux lits de travail, soit simples ou composés; ces derniers indépendamment de l'embarras qu'ils causent, sont de fort peu d'utilité pour les Accouchemens.

CHAPITRE XVI.

De la conduite que doit tenir l'Accoucheur ou la Sage-femme dans l'Accouchement naturel.

LOrsqu'on est instruit de toutes ces circonstances, & qu'on les a bien pesées, s'il arrive alors que la tête de l'enfant soit assez avancée dans le petit bassin, pour qu'on puisse y atteindre avec la moitié de l'index, on doit placer la femme dans une des positions dont j'ai parlé ci-dessus.

On doit placer sous elle un vaisseau de terre, ou de telle autre matière, pour recevoir les vuidanges & l'arrière-faix.

La Sage-femme doit s'asseoir sur une chaise basse entre ses cuisses, de manière que son giron se trouve directement sous sa vulve.

Deux aides doivent tenir, chacune de leur côté, le genou de la femme, & le bien aſſurer pendant que l'enfant ſort.

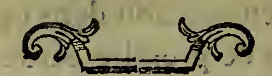
Dès que la Sage-femme apperçoit la tête de l'enfant derrière les grandes lèvres, que le périnée commence à faire ſaillie, & que le ſommet de la tête franchit le cercle de la vulve, *Pl. VII. fig.* 2., elle doit à chaque douleur bien ſoutenir le périnée & le pouſſer en arrière. Elle n'a rien à faire, lorſque la douleur ceſſe, ſinon de lubrifier le vagin avec de la graiſſe, d'encourager la femme & l'engager par des paroles douces & amiables, à ſoutenir ſes douleurs & ſes efforts, & avoir les mains toujours prêtes, pour prévenir le déchirement du périnée, quand l'Accouchement eſt prompt.

Si la tête de l'enfant eſt engagée entre les grandes lèvres ou dans le cercle de la vulve, la Sage-femme poſera ſes pouces ſur la partie ſupérieure & latérale de ces mêmes lèvres, pour ſoutenir la femme pendant les douleurs déterminantes; elle placera l'index, le doigt du milieu & l'annulaire entre les grandes lèvres & la tête de l'enfant, en les dirigeant de côté & d'autre du périnée, pendant qu'elle ſe ſert des petits doigts pour ſoutenir & faire reculer la fourchette. Elle ſoulevera par ce moyen la tête de l'enfant, & fournira un appui au périnée, comme elle voudroit s'oppoſer aux mouvemens expulſifs de la matrice. Il ſuffit quelquefois de ſoutenir le périnée du plat de la main & le pouſſer en arrière, pendant qu'on ſoulève la tête de l'enfant, au moyen de quoi, cette partie ſort & tombe tout-à-fait dans la main.

Il arrive, lorſque la tête tombe dans le cercle de la vulve, que les grandes & les petites lèvres rentrent dans le vagin & diſparoiſſent; la Sage-femme doit dans ce cas-ci agir avec beaucoup de circonſpection & prendre garde de ne point embrouil-

ler ſes doigts dans les poils qui les bordent. Lorſqu'elle le fait, elle cauſe à la femme des douleurs, qui lui font jetter les hauts cris, ce qui fait croire aux aſſiſtans, qu'on lui fait du mal, que la Sage-femme eſt une ignorante & va trop vîte en beſogne. Il eſt donc à propos, avant de commencer ſon ouvrage, qu'on arrange ces poils de côté.

Lorſque la tête de l'enfant eſt ſortie, & que les douleurs ne ſont pas aſſez fortes pour faire ſortir les épaules, & qu'on s'apperçoit qu'elles ſont arrêtées, la Sage-femme doit ſoutenir la tête avec la main & l'incliner un peu de côté, en évitant toutefois de l'élever ſi haut, qu'elles s'engagent près de l'angle que forme l'arcade des os pubis. Elle dégagera enſuite une épaule, en plaçant l'index ſous l'aiſſelle & le pouce ſur l'omoplate. Après avoir dégagé une épaule, elle changera de main pour ſoutenir la tête de l'enfant, elle la tournera du côté de l'épaule qu'elle a dégagée, pour dégager l'autre. Elle poſe enſuite ſes deux pouces ſur les omoplates, & les index ſous l'aiſſelle; elle rapproche ſes mains pour ſoutenir la tête de l'enfant, & en tournant ou balançant ſon corps de côté & d'autre en l'approchant de la fourchette, elle le fait avancer juſqu'à que les feſſes ſoient dehors, laiſſe tomber l'enfant ſur ſon bras gauche, & elle coule le doigt du milieu de la droite entre les jambes juſqu'à la plante des pieds, qu'elle ſaiſit, pour prévenir qu'ils ne s'accrochent au vagin, & poſe l'enfant ſur ſon giron, le viſage tourné de ſon côté, de peur que les vuidanges ou d'autres accidens, ne lui empêchent la reſpiration. *Voyez la Pl. IX. fig.* 1, 2, 3 *&* 4. Lorſqu'on délivre la femme ſur ſon lit, on doit placer l'enfant entre ſes jambes, la tête tournée du côté de ſes pieds, pour les mêmes raiſons.



CHAPITRE XVII.

De la ligature du cordon ombilical.

UN enfant n'eſt pas plutôt né, qu'il commence, lorſqu'il eſt ſain & fort, à reſpirer & à crier, & comme il n'a plus rien de commun avec la mère, on peut à l'inſtant lui couper le cordon ombilical, en obſervant les circonſtances ſuivantes.

On prend quelques aiguillées de fil ou de ſoie cuite que l'on cire, avec leſquelles on lie le cordon à trois travers de doigt du nombril avec un ſimple tour que l'on arrête d'un double. On retourne enſuite le fil, & l'on fait ſur le derrière un ſecond double nœud. On ſerre aſſez pour arrêter le ſang, mais pas trop, de crainte de couper le cordon. On coupe enſuite le reſte du cordon à deux ou trois travers de doigt de la ligature.

Quelques Accoucheurs ſerrent d'abord le nœud légèrement, afin, qu'après avoir coupé le cordon, il en ſorte une ou deux cuillerées de ſang, après quoi ils achevent de le ſerrer.

Cet écoulement de ſang eſt non-ſeulement néceſſaire à l'enfant, lorſqu'il naît avec le viſage enflé & bleuâtre, comme ſi on l'avoit étranglé, & qu'il paroît être menacé d'une ſuffocation, mais il eſt encore utile, ſi on peut ajouter foi aux promeſſes de quelques Médecins habiles; car ceux-ci prétendent que cet écoulement le garantit pour toujours de la petite vérole. Il contribue auſſi à l'aiſance de l'enfant, parce qu'il diminue la groſſeur de la partie du cordon qui reſte, & qui le gêneroit, ſi on la laiſſoit ſur ſon ventre.

Le cordon coupé, on enveloppe l'enfant dans un linge

chauffé & apprêté à ce dessein, & on le remet entre les mains d'une garde.

Quelques-uns prétendent, que la ligature du cordon est inutile ; d'autres ne la font qu'après que l'arrière-faix est sorti; mais comme cette ligature ne peut être nuisible à l'enfant, il est bien plus prudent de se conduire de la manière que j'ai dit ci-dessus.

Quelques autres coupent le cordon entre les deux ligatures; mais cela est inutile, si ce n'est dans le cas des jumeaux, où cela sert à les distinguer l'un de l'autre.

CHAPITRE XVIII.

De l'extraction de l'arrière-faix ou placenta.

APrès avoir remis l'enfant à une garde, la Sage-femme doit tout-de suite avoir l'attention d'extraire l'arrière-faix.

Elle doit avant d'en venir là, examiner si l'enfant qui vient de naître est seul, ou s'il y a un second; car s'il y a un second, elle doit attendre qu'il soit né avant de procéder à l'extraction de l'arrière-faix, à moins que ce dernier ne soit détaché & descendu dans le vagin.

La nature reprend ordinairement vigueur aussi-tôt après que l'enfant est né, avant de se débarrasser de l'arrière-faix, & le fait sortir, pour peu que la Sage-femme le tire par le cordon, ainsi qu'on le voit *Pl. VIII.*

Lorsqu'il ne sort pas par ces légères secousses, c'est une preuve que la matrice n'agit point, elle doit attendre qu'elle se resserre, ce qu'elle connoîtra, si elle fait attention aux circonstances dont je parlerai plus au long ci-dessous.

On connoît que la matrice se resserre de nouveau (*Pl. VIII. fig.* 1. *&* 2.) lorsque posant une ou deux mains sur le ventre de la femme entre le nombril & le pénil, on sent une espèce de boule charnue, qui descend dans le petit bassin. Lorsque cela arrive, & qu'il survient une petite douleur accompagnée d'un écoulement de sang, c'est une preuve qu'il est tems d'extraire l'arrière-faix.

Avant de l'extraire, on le laisse dégorger par la veine ombilicale, & on fait d'une main des frictions sur le bas-ventre de la femme, pour solliciter ou soutenir l'action de la matrice, & puis on prend le cordon de la main gauche, & après l'avoir tourné autour de deux ou trois premiers doigts de cette même main, on la ferme, & on le saisit de la main droite, l'index couché dessus jusqu'au vagin. Le doigt ainsi étendu, on le secoue de côté & d'autre, & en le tirant selon l'axe du bassin, pendant que la femme tousse, se bouche les narines, soufle dans ses mains, & fait des efforts, comme si elle vouloit aller à la selle, ce qui fait avancer l'arrière-faix dans le vagin. *Voyez la Pl. VIII. fig.* 2. On le saisit alors avec le pouce & l'index, & on le roule sur elle-même, afin de ramasser les membranes, & les tordre en manière de corde, & puis soutenant le périnée avec la main gauche, dans laquelle on le tire à soi, on le fait sortir avec les enveloppes qui l'accompagnent. *Voyez la même Pl. fig.* 3.

Au cas que l'arrière-faix ne sorte point, on doit le laisser, pour ne point fatiguer inutilement la femme, & se conduire comme je le dirai plus bas.

Après qu'on a extrait l'arrière-faix, il faut examiner s'il est entier & dans son état naturel. La Sage-femme doit aussi le montrer aux assistans, afin qu'ils s'assurent par eux-mêmes

qu'elle l'a extrait tout entier, & qui contribuera à établir & conserver sa réputation. *Voyez la fig.* 4. *de la même Planche.*

CHAPITRE XIX.

De l'arrière-faix adhérent ou resté dans la matrice.

L'Arrière-faix peut aussi-bien être expulsé par l'opération seule de la nature après les Accouchemens laborieux & contre-nature, ou du moins avec la moindre assistance de la Sage-femme, qu'après ceux qui sont naturels. Il y a cependant des cas, tant après l'Accouchement naturel que contre-nature; tant après l'Accouchement laborieux que prématuré; où l'on ne peut l'extraire immédiatement après l'Accouchement, même par des tiraillemens peu ménagés, par le cordon ombilical.

Cet accident peut également provenir de la matrice & de l'arrière-faix; par exemple, d'une contraction convulsive de l'orifice de ce viscère & de sa tuméfaction; d'une inertie qui l'empêche de se contracter; d'une contraction convulsive d'une partie de son corps sur le placenta, qui le renferme comme dans une cellule, & de ses obliquités. Ce sont-là les causes que produit ce viscère.

Les causes qui dépendent du placenta sont: lorsqu'il est trop volumineux, ou qu'après l'Accouchement des jumeaux les deux placenta sont collés ensemble; quand il est tellement adhérent à la matrice, qu'il ne peut se détacher, ce qui arrive après l'Accouchement prématuré; lorsque ce corps n'est point attaché au fond, mais à une des faces latérales de la matrice; lorsque le cordon tient au bord extérieur du placenta, & enfin lorsque le cordon se détache de l'arrière-faix. Il faut dans

tous

tous ce cas examiner ſi le placenta eſt détaché totalement ou en partie, ou s'il eſt encore tout-à-fait adhérent à la matrice. C'eſt ce que l'on connoîtra, en introduiſant la main dans ce viſcère.

Si le placenta eſt totalement détaché, ce que l'on connoît par la perte de ſang qui ſurvient, par les tranchées utérines qui ſuivent, par la dureté & le peu de volume de la matrice contractée, & qui ſe fait ſentir au-deſſus des os pubis, il ne s'agit plus que de chercher la cauſe, pour laquelle il ne ſuit point, & de connoître l'endroit où il s'arrête, par exemple, ſi c'eſt dans le vagin, dans l'orifice de la matrice, ou s'il eſt enkiſté dans une partie du corps de ce viſcère.

Lorſqu'il s'arrête dans le vagin, & qu'on ne peut l'extraire en tirant légèrement le cordon, il y a lieu de croire, qu'il eſt enfoncé dans une cavité, & que la raiſon pour laquelle il ne ſuit point, eſt, que le cordon doit être tiré ſur l'angle aigu que forme la fourchette.

Dans ce cas-ci, on introduira l'index de la main droite, qu'on a poſé ſur le cordon, en le tenant à plat le long de ce même cordon juſques dans le vagin, où on ſaiſira le placenta avec le pouce & l'index, & on le tirera à ſoi, pour l'extraire à la manière comme ci-devant.

Si le placenta ſouffre un étranglement au ſortir de l'orifice de la matrice, & qu'une hémorrhagie, ou tel autre accident oblige de l'extraire ſans délai, on tâchera de le faire, en introduiſant un ou deux doigts entre l'orifice de la matrice & le placenta, avec leſquels on dilatera le premier, en les tournant circulairement; après quoi on extraira le ſecond avec le pouce & l'index. On prendra garde, en dilatant ainſi l'orifice, de ne point le déchirer, car il arrive quelquefois, faute de cette at-

Q

tention, que la matrice s'irrite au point, qu'il eſt impoſſible de l'extraire par la contraction de cette dernière partie. Il faut dans ce cas-ci faire prendre l'opium, & attendre que ces contractions convulſives aient ceſſé.

Si le placenta eſt arrêté par la contraction convulſive d'une portion de la matrice, & ſe trouve enfermé comme dans un ſac, de manière qu'on ne peut y atteindre avec le doigt, on appelle ce cas, un *placenta chatonné* ou *enkiſté*, & lorſque le cordon ſe détache, on croiroit que le placenta n'exiſte plus dans la matrice, il faut avancer le doigt à l'entrée du chaton, la dilater & faire place pour un ſecond doigt, & enſuite pour un troiſième, & enfin pour toute la main, le ſaiſir, le rouler & l'extraire. Dans le cas où on ne peut le faire facilement, on ne doit point fatiguer inutilement la malade & lui cauſer des contuſions, mais recourir à l'opium, & attendre patiemment que les contractions convulſives ceſſent.

Il y a auſſi des cas dans leſquels une partie du placenta ſe détache, & que l'autre eſt retenue dans la ſubſtance de la matrice par quelques vaiſſeaux ſanguins, qui fait qu'on n'extrait qu'une partie, & que l'autre y reſte implantée. J'ai dit ci-deſſus, & je le repete, qu'il convenoit que la Sage-femme montràt le placenta en entier à ceux qui ſont préſens, pour leur prouver, qu'il n'en eſt rien reſté; mais elle devroit encore ſe conduire avec la même circonſpection après chaque Accouchement, tant pour ſa propre ſatisfaction, que pour ſe tranquilliſer & n'avoir rien à ſe reprocher.

Lorſqu'une partie du placenta reſte dans la matrice, il vaut mieux laiſſer agir la nature, que d'irriter plus longs-tems ce viſcère, en inſiſtant à y introduire la main, ce qui eſt très-nuiſible, & capable de cauſer la mort à l'accouchée.

Si le placenta eſt entiérement adhérent à la matrice, on ne doit point s'efforcer de le détacher, mais laiſſer agir pendant quelque tems la nature, juſqu'à ce qu'il ſe détache de lui-même, ce qui arrive ordinairement, lorſque la matrice ſe reſſerre. Il ne faut pas tirer non plus trop fortement le cordon, dont la raiſon eſt, que s'il étoit trop fort, il pourroit arriver qu'on tirât à ſoi la paroi interne de la matrice, & la faire ſortir hors du vagin ſous la forme d'un bonnet de nuit renverſé.

Lorſque le placenta eſt détaché en partie, & qu'il ſurvient une grande perte de ſang, il faut détacher doucement l'autre, & l'extraire tout entier, afin que la matrice puiſſe ſe contracter, ce qui fait ceſſer pour l'ordinaire l'hémorrhagie, lorſqu'elle n'eſt pas cauſée par l'inertie de ce viſcère.

Voici la manière de s'y prendre. On commence par rouler avec le petit doigt la portion du placenta, qui s'eſt détachée, vers la paroi de la matrice; on fait enſuite agir de la même manière le ſecond, le troiſième & enfin toute la main, au moyen de quoi on l'extrait, ſans cauſer des contuſions ou des déchirures à la matrice.

On doit agir de même, lorſque le cordon ſe romp, & que le placenta eſt encore en partie adhérant à la matrice. Il eſt dans ce cas-ci un peu plus difficile de le reconnoître, mais on peut le diſtinguer par les indices ſuivans: ſa face interne eſt parſemée de rayons vaſculaires très-ſenſibles au tact, au lieu que celle de la matrice eſt liſſe & polie; la femme ne ſent preſque pas les doigts lorſqu'on touche ce corps, & comme cette région de la matrice eſt plus molle & préſente une épaiſſeur double, & même triple des autres endroits, on peut aiſément connoître celui où eſt le placenta, en poſant la main ſur le ventre de l'accouchée; l'endroit le plus renitent & le plus dur, ſera celui où il eſt placé.

On demande s'il faut, dans le cas où le placenta eſt tellement adhérent, qu'on ne peut abſolument le détacher & l'extraire ſans danger pour la femme, le laiſſer & s'en rapporter à la nature ?

La plûpart des Auteurs anciens & modernes ſont imbus d'un ſi mauvais préjugé à l'égard de cette queſtion, qu'ils en ont fait une loi qui oblige la Sage-femme ſous peine de bleſſer ſa conſcience, d'extraire le placenta le plus promptement qu'il lui eſt poſſible. Ils ont même aſſuré, que les Accoucheurs agiſſoient contre le droit, le bon ſens & la prudence, lorqu'ils ne le faiſoient pas, & s'en rapportoient à la nature; que cette opération ne la regardoit point du tout, parcequ'elle n'avoit pas aſſez de prudence pour la pratiquer comme il faut.

Le précepte de ces Ecrivains a fait une ſi forte impreſſion ſur l'eſprit de Sage-femmes qu'elles veulent, à quelque prix que ce ſoit, extraire l'arrière-faix, quoiqu'il ait, pour ainſi dire, pris racine dans la matrice.

Ce préjugé s'eſt repandu parmi toutes les femmes, & rien ne les inquiéte davantage que l'arrière-faix. C'eſt pour cette raiſon, que les perſonnes qui s'intéreſſent à l'accouchée, preſſent la Sage-femme de l'extraire ſans délai, s'imaginant, lorſqu'elle ne le fait pas, que ſa rétention doit lui cauſer la mort. Elles regardent avec eſtime celles qui l'extraient promptement, ſoit en entier, ſoit par morceaux, & mépriſent celles, qui agiſſent prudemment, & qui obſervent les différens mouvemens de la matrice; mais à tort, car le cordon ſe romp à force de le tirailler, & en voullant détacher le placenta avec les doigts par violence, on bleſſe & on déchire les membranes qui tapiſſent le dedans de la matrice, une partie de l'arrière-faix reſte dans ce viſcère, d'où s'en ſuivent des hémorrhagies, des

convulſions, l'inflammation, la gangrène & la mort de l'accouchée.

Perſonne ne doute, qu'après que l'enfant eſt né, on doit extraire l'arrière-faix, comme formant un corps étranger; mais il ne s'enſuit pas, pour les raiſons dites ci-deſſus, que la Sage-femme manque de bon ſens, lorſqu'elle mépriſe les opinions des aſſiſtans qui ſont imbus des préjugés dont j'ai fait mention ci-deſſus. Je lui conſeille par conſéquent, au cas qu'elle veuille faire ſon devoir, de s'en rapporter à la nature, ou d'envoyer chercher un Accoucheur ou une Sage-femme plus verſée qu'elle, vu que la vie, la mort de l'accouchée dépendent de ſon ſavoir, ou de ſon incapacité.

Il s'enſuit de ce que je viens de dire, que tous les moyens qu'on emploie pour extraire l'arrière-faix ſont très-nuiſibles, ſoit que l'accouchée coopère, ſoit qu'on lui preſcrive des emmenagogues, des ſternutatoires, des vomitifs ou autres remèdes ſemblables.

Lorſque l'arrière-faix eſt tellement adhérent à la matrice, qu'on ne peut l'extraire ſans danger, le mieux eſt de s'en rapporter à la nature, & de lui donner le tems d'agir. Les avantages qu'on retire delà, ſont 1.° que pendant que l'accouchée repoſe, l'hémorrhagie diminue conſidérablement. 2.° Que l'adhérence du placenta à la matrice, l'oblige à ſe reſſerrer de plus en plus. 3.° Qu'il ſe détache peu à peu, au moyen de quoi le fond de la matrice recouvre inſenſiblement ſes forces, & ſe reſſerre davantage, ce qui eſt cauſe que les orifices des vaiſſeaux ſanguins ſe reſſerrent auſſi, ce qui fait que le placenta ſe détache de la paroi de la matrice, & que parlà l'hémorrhagie eſt plus modérée. 4.° Au moyen du ſecours que la nature procure à l'accouchée, celle-ci croit être délivrée, ne s'effraie

point, n'a aucune inquiétude fur fon fort, au lieu qu'il arrive tout le contraire, lorfque la Sage-femme lui annonce, que l'arrière-faix eft adhérent, & qu'elle eft par confequent obligée de le détacher & l'extraire. 5.° L'accouchée fupporte patiemment fes douleurs, elle n'épuife point fes forces, l'hémorrhagie diminue, &c.

Ces font-là les principaux avantages qu'on retire, lorfqu'on abandonne l'arrière-faix qui eft refté dans la matrice à la nature; mais en attendant que l'accouchée jouiffe de fa tranquillité, on peut lui prefcrire les anodins; l'opium, les potions oléagineufes, comme le lait d'amandes douces, &c. pour appaifer les mouvemens convulfifs & contre-nature qu'elle éprouve.

Au refte, on ne doit point tant s'inquiéter par rapport à la rétention de l'arrière-faix, puifqu'on a des exemples qu'il a refté quinze jours & même plus dans la matrice, fans aucune fuite mauvaife. Ce corps étant privé de l'air, ne fe corrompe pas fi facilement, & quand même cela arriveroit, les accidens qui en réfulteroient, feroient infinement moins à craindre, que ceux dont j'ai parlé ci-deffus; car on a remarqué, en ouvrant les cadavres, que les femmes qui meurent d'une inflammation de matrice, accompagnée de la rétention de l'arrière-faix, font celles fur lefquelles on a fait des efforts pour l'extraire, fans pouvoir y réuffir.

CHAPITRE XX.

Des foins qu'on doit avoir de la femme en couche.

L'Accoucheur ni la Sage-femme ne doivent point abandonner la femme en couche, non plus que fon enfant, avant de leur avoir procuré, felon les circonftances, tous les fecours poffibles.

La matrice étant débarraſſée de l'enfant & de l'arrière-faix, on lui doit tout de ſuite couvrir les parties narurelles avec un linge médiocrement chaud, qu'on place ſous ſes lombes, & après l'avoir paſſé entre ſes cuiſſes, on le replie au deſſus du basventre. Ce linge ſert non-ſeulement à empêcher que l'air ne pénètre dans le vagin, mais encore à recevoir les immondices qui ſortent de cette partie.

Au cas que l'Accouchement ait été laborieux, & que les parties ſoient bleſſées, enflées & enflammées, à cauſe de la violence qu'elles ont ſouffertes, l'on trempera un linge dans du vin blanc ou de la bière, dans la quelle on à fait fondre du beurre, ou dans une décoction faite avec de la ſauge & du vin, ou telle autre choſe ſemblable, qui ait une qualité déterſive & propre à empêcher la putréfaction, avec la quelle on les baſſinera & couvrira enſuite.

On mettra ſous le drap du lit, ſur lequel le derrière de l'accouchée eſt poſé, une peau de mouton, & ſur celle-ci un linge en pluſieurs doubles, pour recevoir les vuidanges, & empêcher qu'elles ne gâtent ſon lit.

On baſſinera ce dernier, ou pour le moins, on aura ſoin que les draps ſoient bien ſecs; car le froid, l'humidité & la trop grande chaleur, arrêtent les vuidanges & les font cailler promptement.

L'accouchée doit ſe tenir dans ſon lit, les cuiſſes fermées & les jambes étendues. On lui défendra de parler, & l'on aura ſoin de ne faire aucun bruit dans ſa chambre, pendant qu'elle repoſe. Pluſieurs ne veulent pas qu'elle dorme, après avoir accouché, à cauſe des accidens que peut occaſioner l'hémorhagie lorſqu'elle eſt trop abondante; mais comme le ſommeil eſt

le meilleur moyen pour rétablir les forces qu'elle a perdues, on ne doit point l'empêcher de dormir. La garde doit se tenir auprès de son lit, & observer, si elle ne perd pas trop, ce qu'elle connoîtra à son pouls, à la couleur de son visage, & en visitant les linges & les draps, sur lesquels elle est couchée.

Pendant que les premières vuidanges coulent, on doit souvent changer son linge, & dans la suite, au moins deux fois par jour. La raison en est, qu'elles se corrompent en peu de tems, à cause de la chaleur du lit, & répandent une mauvaise odeur, qui nuit beaucoup à l'accouchée. On doit encore lui laver & bassiner la vulve & les parties contigues, avec de l'eau tiède & du lait.

Au cas qu'elle aime la propreté, elle prendra une chemise fort courte, ou sa chemise ordinaire, qu'elle relevera jusqu'au nombril, & couvrira le reste de son corps avec un tablier, au moyen de quoi, elle pourra changer de linge aussi facilement & aussi promptement qu'elle le jugera à propos.

S'il lui prend envie de dormir, on aura soin de ne point faire du bruit; on fermera la porte & les volets des fenêtres, & l'on priera ceux qui sont dans sa chambre, de garder les silence.

La chambre dans laquelle elle couche ne doit pas être trop éclairée. Un froid excessif, & une trop grande chaleur sont également nuisibles, & peuvent occasionner une inflammation de matrice & de poitrine.

Le genre nerveux, sur-tout dans les femmes en couche, est fort susceptible d'irritation; c'est pourquoi, il ne faut jamais les mettre en colère, ni les chagriner, ni leur causer trop de joie, vu que toutes ces affections de l'ame peuvent leur causer la mort.

L'acc.

L'accouchée, à commencer du moment que les vuidanges paroiffent, jufqu'à celui que la fièvre de lait ceffe, ne doit prendre d'autre nourriture que du bouillon & de l'eau panée, qu'on lui donnera toutes les trois heures. Celles qui font foibles ou qui ont fouffertes une grande perte, prendront un bouillon plus nourriffant. Après que la fièvre de lait aura ceffé, elle pourra manger de la viande blanche & des alimens farineux.

La meilleure boiffon dont elle puiffe ufer, eft l'eau, le thé ou la tifane, mais elle ne doit pas la boire froide. Après que la fièvre de lait a ceffé, on lui donnera de la bière, du vin coupé avec de l'eau, fur-tout quand elle y eft accoutumée, mais elle boira le matin & le foir quelques taffes de thé ou de la tifane, pour entretenir la tranfpiration.

On lui donnera, lorfqu'elle voudra uriner & aller à la felle, un baffin qu'elle puiffe mettre dans fon lit, pour empêcher qu'elle ne fe refroidiffe en fe levant. Au cas qu'elle n'aille point à la felle pendant les premières 24 heures, on lui donnera un lavement compofé avec du lait, de l'huile & du fucre. Ce lavement lâchera & diminuera la fièvre de lait.

Si elle allaite fon enfant, elle aura la précaution, fur-tout pendant les quinze premiers jours, de couvrir fes mamelles avec une ferviette pliée en quatre, & de les foutenir avec fon corfet. Les linimens, les emplâtres, les huiles, les décoctions, les fomentations, &c. font très-nuifibles & occafionnent les dépôts laiteux des mamelles.

Les femmes qui n'allaitent point leurs enfants, doivent pareillement avoir foin de bien couvrir leurs mamelles, & s'abftenir de tous les alimens trop nourriffans, jufqu'à ce qu'elles aient perdu leur lait. Elles doivent auffi les garantir de l'air, & ne pas trop les manier, fur-tout lorfqu'elles ont les mains froides, de peur de

faire cailler leur lait. Le meilleur moyen de le faire paſſer, eſt de les tenir chaudement & de s'abſtenir des alimens qui ſont trop nourriſſans. Tous les autres ſont nuiſibles & dangereux.

Une accouchée ne doit uſer d'aucun remède, tant qu'elle ſe porte bien. Au cas que les tranchées utérines augmentent, on lui donnera quelque potion anodine; car l'huile d'amande douce ne convient pas à tous les eſtomacs.

Quelques femmes mettent autour de leur corps une ſerviette en travers, qu'elles nouent par le devant, ſoit par coutume, ſoit dans la croyance de prévenir le trop grand écoulement des vuidanges, & de fortifier leurs corps; mais les nœuds dont je viens de parler, peuvent nuire à bien de femmes. Il vaut mieux ſe ſervir d'une ſerviette, ou d'une nappe pliée en quatre ou cinq doubles, que l'on fait bien chauffer, & qu'on applique ſur le ventre de l'accouchée & qu'on aſſure avec quatre épingles. On ne doit pas trop la ſerrer, parce qu'elle pourroit cauſer à l'accouchée une oppreſſion, un vomiſſement, des inſomnies & autres accidens ſemblables.

L'accouchée peut ſe lever le 5e ou le 6e jour, au cas qu'elle ſe porte bien, & que la fièvre de lait ait ceſſé, pourvu qu'elle ait la précaution de ſe garantir du froid.

Pluſieurs accouchées ſont dans l'uſage de ſe purger après qu'elles ont relevé de couche, quoiqu'elles ſe portent parfaitement bien; mais elles ne doivent point le faire, ſans avoir conſulté un Médecin.

Une femme qui relève de couche, ne doit point s'expoſer trop prématurément à l'air ni ſortir de ſa maiſon, comme pour aller à l'Egliſe, juſqu'à ce que l'écoulement ait ceſſé. Un air

tempéré ne peut cependant lui nuire. Elle ne doit pas non plus approcher trop tôt de son mari, & plusieurs femmes qui l'ont fait, s'en sont mal trouvées.

CHAPITRE XXI.

Des soins qu'exige l'enfant.

LA Sage-femme, après avoir délivré la mère, doit donner tous ses soins à l'enfant qu'elle a mis au monde. Comme cet article est de la dernière importance, & renferme un assez grand détail, je vais le traiter au long, & le plus exactement qu'il me sera possible, à commencer du moment que l'enfant est né.

Lorsque ce dernier est foible, pâle & blême au visage après sa naissance, ne donnant aucune marque de vie, on doit bien se garder de lier le cordon; la raison est, que si le placenta n'étoit pas détaché de la matrice, la circulation du sang entre la mère & l'enfant pourroit s'entretenir. Cette précaution est inutile, & qui plus est nuisible, lorsque le placenta est détaché, parce que le sang des artères peut bien se rendre dans le placenta, mais non point passer de celui-ci à l'enfant par la veine ombilicale. Il y a des gens qui enterrent le placenta dans de la cendre chaude, ou qui le couchent sur le ventre de l'enfant; mais c'est-là un abus, qu'on a rejetté plus d'une fois. Le premier moyen est inutile, & le second nuisible en ce qu'il empêche l'enfant de respirer.

On commence par laver l'enfant avec du vin chaud; on lui chatouille le nez avec une plume; on lui nettoie la bouche avec de petites tentes, ou avec le doigt; on lui met du sel

dans la bouche; on lui souffle dans celle-ci pendant qu'on ferme ses narines; on souffle de l'air dans l'intestin rectum; on lui donne un lavement, dans lequel on met quelques grains de sel; on lui frotte la plante des pieds avec une brosse; on frotte aussi ses extrêmités avec un linge chaud; on lui comprime doucement le ventre avec la paume de la main; on lui applique de l'eau chaude sur la poitrine, &c. Lorsqu'il donne des signes de vie, on peut faire la ligature du cordon ombilical & le couper. Tous ces moyens ne sont indiqués, que lorsque l'enfant est dans un état d'asphyxie, ci-dessus mentionné.

Lorsqu'au contraire l'enfant a le visage bleuâtre & noirâtre, comme si on l'avoit étranglé, il faut au lieu de l'irriter, comme dans le cas précédent, couper le cordon ombilical, dans l'endroit où l'on a coutume de le faire, & laisser couler une ou deux cuillerées de sang; après quoi, s'il ne donne encore aucun signe de vie, & qu'il ait le visage pâle, il faut lier le cordon, & répéter les moyens indiqués dans le premier cas ci-dessus.

Lorsqu'il naît la tête enfermée dans ses enveloppes, il faut les ouvrir à l'instant, pour lui donner la facilité de respirer.

On détache ensuite la saleté, la mousse blanchâtre qui s'est amassée sur son corps, & sur-tout sur son dos, dans les plis des bras & jambes, sur son menton, derrière les oreilles, &c. avec un peu de beurre frais fondu dans de la bière, comme la meilleure savonade, dans laquelle on trempe un morceau de flanelle. D'autres emploient du vin blanc chaud, ou telle autre liqueur savoneuse, ce qui revient au même, pourvu qu'elle n'offense point les yeux par son âcreté.

Cela fait, on visite avec soin le corps de l'enfant, pour voir s'il n'a pas quelque défaut, par exemple, l'état de l'anus, celui

de la verge dans les garçons, & de la vulve dans les filles, pour s'assurer que ces parties sont ouvertes. S'il n'a pas des parties doubles, comme six doigts, &c. s'il en a trop peu ou des difformes; s'il n'a pas des tumeurs à la tête ou sur d'autres parties de son corps; s'il n'a point d'extrêmité fracturée, disloquée ou blessée; si l'on découvre des taches ou autres difformités, qu'on doit annoncer aux parens ou aux Chirurgiens.

Après qu'on a bien lavé & essuyé l'enfant, on enveloppe la partie du cordon, qui tient au nombril, avec un morceau de linge, en observant de tourner son extrêmité en haut. On le couvre avec une autre petite compresse, & l'on applique dessus un bandage large de quatre travers de doigt, qu'on arrête avec des épingles.

Après quoi, la Sage-femme ou la garde emmaillottent l'enfant, & cela de différente façon, selon le pays, l'état & le rang de ceux à qui il appartient. On a sur ce sujet différens préjugés, qu'il est très-difficile de changer. L'opinion générale des femmes est, que pour que l'enfant croisse droit & profite en croissant, on doit le tenir tout de son long & le plus chaudement qu'il est possible, dans ses maillots. Pour cet effet, elles l'enveloppent dans des langes, qu'elles ont soin de bien serrer en roulant une bande autour; ce qui est un abus, qui cause les plus grands malheurs. Ces langes compriment les parties extérieures du corps, qui font saillie, & les empêchent de se développer & de croître, tandis que les autres qui sont courbées en dedans ou enfoncées, & que ces langes ne compriment pas, augmentent & poussent en dehors; delà proviennent les grandes têtes, les épaules étroites, les poitrines serrées, les bras mal-tournés, les petites hanches, les genoux de travers, les jambes tortues, les pieds tors, les

baſſins ſerrés &c., enfin pluſieurs incommodités, qui nuiſent à ſa ſanté. La joie que témoignent ces petits individus toutes les fois qu'on les démaillotte, & les cris qui font, quand on les remmaillotte, ſont une voix à laquelle une ſotte & malheureuſe coutume a rendu les hommes ſourds.

Ces langes dan leſquels on les emmaillotte, outre qu'ils font perdre beaucoup de tems aux gardes, leur inſpirent une certaine pareſſe qui les porte à les renouveller le moins ſouvent qu'elles peuvent, ce qui eſt cauſe, que l'enfant ſouffre davantage & crie ſouvent pendant des heures entières, étant couché dans ſes ordures. L'âcreté de l'urine perce ſa peau & écorche ſes parties. Les douleurs continuelles qu'il ſouffre, font qu'il ſe remue & s'agite ſans ceſſe pour ſe débarraſſer & jouir de la liberté.

Il eſt fâcheux pour l'humanité, qu'on ne puiſſe pas faire abandonner aux gardes cette ſotte manière d'emmaillotter les enfans. On les tient conſtamment ſerrés, au lieu de les laiſſer libres, pour qu'ils aient le corps droit. On ne remarque point des difformités parmi les animaux, parce que leur corps s'accroît en pleine liberté, étant entièrement abandonné à la nature.

Les langes & les maillots ſont néceſſaires pour couvrir l'enfant, mais ils doivent être lâches & peu fermés, pour qu'ils ne compriment ni ſon corps ni ſes extrêmités, & lui laiſſent la liberté de ſe remuer autant qu'il veut.

On lui met un béguin, qu'on attache avec des épingles ou un ruban, obſervant de ne le pas trop ſerrer, de crainte d'intercepter la circulation du ſang, & de le ſuffoquer. C'eſt au deſſus du béguin, qu'on attache le bonnet. Comme la fontanelle exige plus de chaleur, on peut la couvrir avec un linge

mol plié en double, qu'on attache au béguin; & après lui avoir mis sa chemise & sa camisole, on l'enveloppe dans des linges mols & secs, sur lesquels est le maillot qu'on serre avec des rubans cousus sur les bords, mais de façon, qu'il ait la liberté de mouvoir ses membres.

Après avoir couvert l'enfant avec toutes les précautions que l'on peut, on le couche dans son berceau sur l'un ou l'autre côté, la tête un peu élevée, pour faciliter l'écoulement de la bave qu'il rend par la bouche, & qui pourroit le suffoquer. On doit le coucher alternativement sur l'un & l'autre côté, pour qu'il ne prenne pas de mauvaise habitude.

On doit placer le berceau de façon, qu'il ne soit pas directement en face du jour. Les enfans ont les yeux très-tendres, & on risqueroit en les exposant à une lumière trop forte, de leur affoiblir la vue.

On ne peut nuire à l'enfant en le berçant, quand on le fait modérément & uniquement pour l'égayer ou l'endormir; ce mouvement facilite la digestion; mais il est dangereux de le bercer trop fortement, car cela peut lui causer un vomissement & une commotion dans le cerveau.

On couvrira son berceau d'une toile ou d'une pièce de mousseline, pour empêcher que les cousins, les mouches & les autres insectes ne l'incommodent.

On doit laisser dormir un enfant aussi long-tems qu'il veut. Rien ne lui nuit plus que de l'éveiller à contre-tems, comme le font quelques mères idioles, pour les montrer & les laisser caresser à leurs amis.

La chambre dans laquelle l'enfant couche, doit avoir un air

pur & tempéré, c'est-à-dire, ni chaude, ni froide, ni humide. On évitera de placer son berceau trop près du feu d'un poële & d'une porte, à cause des vents coulis.

Comme l'enfant est sujet à uriner souvent & d'avoir des selles, il faut changer souvent ses linges, & le bien laver, pour le garantir des rougeurs, des cuissons, qui l'excorient souvent, & lui causent des douleurs, qui le font crier. Outre cette précaution, il faut le laver au moins deux fois par jour, surtout dans les plis des cuisses, avec une petite éponge, & appliquer du vieux linge bien souple dans ceux du cou, de même que dans ceux des aisselles & derrière les oreilles, à cause des rougeurs que la mal-propreté occasionne. Quelques-uns emploient pour les rougeurs & les écorchures, de la poudre à poudrer, de la farine ou de la poussière de bois vermoulu; mais il vaut mieux ne point employer ces dessicatifs, car ils arrêtent la transpiration âcre, ce qui donne naissance à plusieurs autres maladies.

La portion du cordon ombilical resté au nombril, se desséche pour l'ordinaire au bout de six ou sept jours, & se détache d'elle-même du nombril. On doit avoir l'attention de ne point la tirer trop fort, de peur d'occasionner une hémorrhagie, une inflammation & une hernie. Après que le cordon est tombé, on applique comme ci-devant une compresse sur le nombril, & sur celle-ci le bandage. On doit laisser long-tems ce dernier, sur-tout lorsque les enfans sont sujets à crier, pour prévenir la hernie.

Il faut bien se garder, ainsi que quelques-uns le font imprudemment, de déchirer le filet dessous la langue avec leurs ongles; car ce moyen a plus d'inconvéniens qu'on ne pense. Il occasionne souvent une tumeur & une inflammation, qui em-

empêchent le mouvement de la langue, de manière que l'enfant ne peut plus tetter & meurt faute de nourriture. On doit encore le couper avec beaucoup de précaution, de crainte de causer une hémorrhagie, dont l'enfant seroit la victime. On a lieu de croire que le filet est trop long, lorsque l'enfant ne peut ni crier, ni tirer sa langue, ni tetter, dont la raison est, qu'il s'étend jusqu'au bout de cette partie. Dans ce cas-ci, il faut le couper avec de bons ciseaux, dans l'endroit où il doit l'être. Il ne faut pour faire cette opération, que la lever, pendant que l'enfant a le visage tourné du côté du jour, pour connoître où il est, & jusqu'à quel point on doit le couper.

Au cas que la mère ne veuille ou ne puisse pas allaiter son enfant, & qu'elle le confie à une nourrice, celle-ci ne doit point lui donner à tetter, avant que l'estomac & le conduit intestinal y soient préparés par la décharge du méconium. Si cependant la mère a du lait, & qu'elle veuille nourrir son enfant, elle doit lui donner à tetter peu de tems après qu'elle a accouché, car ce premier lait, qu'on appelle *colostrum*, est destiné à agir sur les intestins de l'enfant, comme un léger purgatif capable de délayer les mucosités épaisses qui se trouvent dans son estomac, & d'entraîner par les selles les matières noirâtres, auxquelles on a donné le nom de *méconium*. C'est donc un grand abus de croire, que l'enfant ne peut pas tetter avant les 24 heures après sa naissance, parce que le lait le dégoûte.

CHAPITRE XXII.

Manière de soigner l'enfant depuis le moment de sa naissance, jusques au tems qu'on le sèvre.

LA sage nature toujours attentive à la propagation de l'espèce humaine, a disposé la femme de manière, qu'aussi-

tôt qu'elle eſt mère elle eſt en état d'allaiter ſon enfant. Le lait ſe porte dans ſes mamelles, dès qu'il eſt entièrement formé, & ſur le point de venir au monde. Par conſéquent, lorſqu'une femme ſe porte bien, & que rien ne l'empêche d'allaiter ſon enfant, la loi de la nature l'oblige de le faire. La raiſon en eſt, que ce lait lui ayant ſervi de nourriture pendant qu'il a été enfermé dans ſon ſein, & y étant accoutumé, il lui convient infinement mieux, que celui d'une nourrice ou de tel autre animal que ce puiſſe être. J'ajouterai, qu'une mère qui allaite ſon enfant, ſe débarraſſe du lait ſuperflu, qui peut lui cauſer pluſieurs maladies dangereuſes. Pluſieurs ſavans Ecrivains ont traité ce ſujet ſi à fond, qu'il eſt inutile que je m'y arrête, d'autant plus, qu'il intéreſſe davantage les femmes riches, qui ont des livres pour s'en inſtruire, que celles du commun, & particuliérement celles de la campagne. Je vais indiquer les cas qui empêchent abſolument les mères d'allaiter leurs enfans, ce qui les obligent par conſéquent de leur donner une nourrice.

Elles ne peuvent abſolument ſe paſſer de cette dernière, lorſqu'elles n'ont point de mamelons, ou qu'ils ſont trop petits, ou trop rentrés en dedans. On peut remédier à cet inconvénient par l'uſage d'une pompe, ou tel autre inſtrument. Lorſqu'elles ont une inflammation, un ſquirrhe, un cancer aux mamelles; qu'elles ſont trop maigres, trop graſſes ou trop groſſes. Lorſque les vaiſſeaux laiteux ſe bouchent d'eux-mêmes, ou parceque le lait eſt trop épais, & n'en donnent point du tout, ou que très-peu.

Il y a des cas où l'allaitement peut être nuiſible à la mère ou à l'enfant, ou à tous les deux enſemble; par exemple, lorſque la mère eſt pulmonique, ce qui la rend ſujette à la toux & à un crachement de ſang; & ſi cette maladie exiſtoit avant l'Ac-

couchement, elle peut augmenter par l'allaitement ou au moins devenir nuisible à l'enfant.

Lorsque la mère est sujette à quelque maladie héréditaire, telles, que la goutte, le mal caduc, la mèlancholie, le rachitis, les écrouelles, &c. parceque ces maladies se communiquent aisément à l'enfant. On ne doit pas compter la vérole parmi ces maladies, parcequ'on peut s'en guérir aussi-bien que son enfant avec le mercure dans le tems qu'elle allaite.

Lorsqu'elle est attaquée de quelque maladie dangereuse, ou qu'elle n'est pas encore remise de celle qu'elle a eue; qu'elle a quelque maladie des nerfs & des vapeurs.

Lorsqu'elle devient enceinte, parcequ'elle causeroit la mort à l'enfant qu'elle a dans son sein; outre que son lait deviendroit nuisible au nourrisson.

Enfin elle ne peut se passer d'une nourrice, lorsque son lait est trop clair, trop épais ou trop âcre, & qu'on ne peut le dépouiller de ces mauvaises qualités.

Lorsqu'on voit, qu'une femme n'est point en état d'allaiter son enfant, on doit aussi-tôt lui chercher une nourrice, en quoi on ne peut se conduire avec trop de prudence, à cause du trésor qu'on lui confie.

CHAPITRE XXIII.

Du choix d'une nourrice.

IL faut, lorsqu'on choisit une nourrice, s'informer de son âge, de sa constitution, du tems qu'elle a accouché, de sa

ſanté, de ſon caractère, de ſon genre de vie, & en outre, examiner l'état de ſes mamelles, de ſes mamelons & la qualité de ſon lait.

Le meilleur âge pour une nourrice, eſt celui depuis 20 juſqu'à 25 ans. Le lait d'une nourrice trop jeune ou trop vieille, n'eſt point aſſez nourriſſant.

Elle doit être d'une bonne ſanté, paſſablement muſculeuſe, ſans être trop graſſe; celles qui ſont trop graſſes ou trop maigres, n'ont communément pas aſſez de lait. On doit la choiſir d'une taille moyenne & bien proportionnée; d'un tempérament ſanguin, avec les cheveux noirs, le teint vermeil, les yeux vifs, & d'un regard agréable.

Si la nourrice eſt accouchée en même tems que la mère, elle peut, ſans différer, préſenter la mamelle à ſon nourriſſon; mais ſi ſon lait eſt vieux, il ne tettera point qu'après que le méconium ſera évacué, ce qui n'arrive qu'au bout de 4 ou 5 jours.

Les mamelles de la nourrice doivent être d'une groſſeur moyenne & un peu molles. Celles qui ſont trop groſſes & trop dures, ne donnent point aſſez de lait. Elle doit auſſi pouvoir allaiter avec les deux mamelles.

Les mamelons ne doivent être ni trop gros, ni trop petits, ni trop rentrés en dedans, il y en a cependant qui groſſiſſent & s'alongent à force de donner à tetter à l'enfant.

On doit enſuite examiner la quantité & la qualité de ſon lait. Pour connoître ſa quantité, on ſuce tout le lait, & on obſerve en combien de tems ſes mamelles ſont de nouveau

remplies. On obſervera que le lait de jeunes nourrices devient de jour en jour plus abondant, ſur-tout, lorſqu'elles uſent d'une meilleure nourriture.

Le lait ne doit être ni clair, ni épais, ni âcre. On connoîtra ces qualités à ſon goût, à ſon odeur & par l'épreuve. Pour être bon, il doit être doux & de bon goût, ſans aucune odeur. Sa couleur doit être parfaitement blanche; celui qui a une couleur bleuâtre, eſt aqueux, & celui qui eſt jaunâtre, eſt vieux & gâté.

L'épreuve du lait pour connoître s'il eſt trop clair ou trop épais, ſe fait de la manière ſuivante: on en laiſſe tomber quelques gouttes ſur l'ongle ou ſur le bord d'un verre, & lorſqu'en tournant l'ongle ou le verre il ne tombe point & y reſte attaché, c'eſt une preuve, qu'il eſt trop épais & trop gras; s'il écoule au contraire trop promptement, c'eſt un ſigne, qu'il eſt trop clair ou aqueux, & par conſéquent peu nourriſſant; mais il eſt bon, lorſqu'il reſte ſur l'ongle, tant qu'on tient la main horizontalement, & ne tombe que lorſqu'on la penche. Quelques-uns en verſent une partie dans du vinaigre pour le faire cailler, & jugent s'il eſt épais ou clair par le plus ou le moins de caillebottes qu'il forme. D'autres en laiſſent tomber quelques gouttes dans un verre plein d'eau; tombe-t-il au fond, il eſt trop peſant; s'il forme des filets, il eſt trop gluant; s'il nage deſſus, trop épais; s'il forme un nuage, il eſt bon.

On doit preſcrire à la nourrice un régime de vivre ſelon la qualité de ſon lait. S'il eſt trop épais, elle doit uſer d'alimens qui l'atténuent; s'il eſt trop clair, d'alimens plus ſucculens & plus nourriſſans.

Si l'on découvre en elle quelque maladie, on ne doit point

la prendre, eut-elle le meilleur lait & la plus belle gorge du monde. On doit ſur-tout bien examiner, ſi elle n'a point de fleurs blanches des cicatrices ou autres marques de vérole, par exemple des ulcères véroliques, des ſquirrhes, des poulains, &c.; car la maladie vénérienne eſt aujourd'hui très-commune chez les nourrices. On peut auſſi être aiſément trompé par des filles malicieuſes, ſur-tout quand elles ſont informées du jour & l'heure de la viſite. Elles ont alors ſoin de laver leurs parties, de mettre un morceau d'éponge dedans, & de changer de chemiſe; la Sage-femme doit donc bien examiner le vagin & la circonférence de la vulve, & bien obſerver les taches de la chemiſe, ſur-tout, lorſqu'elle la viſite inopinément & à ſon inſu. On doit auſſi interroger les voiſins, qui connoiſſent la nourrice ſur ſon état & ſa conduite. La vermine à la tête & aux parties, &c. rendent la nourrice ſuſpecte, comme auſſi la puanteur de l'haleine, ce qui eſt pour l'ordinaire un ſymptome du ſcorbut ou de la vérole, lors ſur-tout, qu'elles ont les dents noires & gâtées.

Les nourrices mélancoliques, colériques, ſujettes à boire, non plus que celles qui ſont paraſſeuſes, & qui aiment à dormir, ne ſont pas bonnes pour cet état, il faut en choiſir qui aient des bonnes mœurs, de la compaſſion, de la droiture & de la franchiſe. Il faut ſur-tout s'attacher à connoître leur naturel, parcequ'il influe beaucoup ſur les enfans dont elles ſe chargent.

Telles ſont les qualités auxquelles on doit s'attacher, lorſqu'il eſt queſtion de choiſir une nourrice.

Il arrive quelquefois après avoir pris une nourrice, qu'on eſt obligé de la renvoyer & d'en prendre une autre. Ce chan-

gement devient néceſſaire, lorſqu'elle devient enceinte, car pour lors ſon lait diminue ou devient dégoûtant au nourriſſon. Lorſque ſes ordinaires la prennent & que l'enfant devient malade. Si cependant ce dernier ſe porte bien durant ce période, il eſt inutile de la changer; mais on doit le faire, lorſqu'il lui vient du mal aux mamelles, ou qu'elle eſt attaquée de quelque maladie dangereuſe.

Ce ſont-là les principales raiſons qui obligent d'échanger les nourrices. Quant à leur régime on ne doit point leur faire quitter celui auquel elles ſont accoutumées, parceque cela pourroit nuire à leur ſanté, & à celle de leurs nourriſſons. Les payſannes ont ordinairement coutume de faire uſage des herbes potagéres, qu'elles ſavent être ſaines & avantageuſes à leurs nourriſſons. On ſe trompe lourdement, lorſqu'on croit que le bouillon gras & la viande nourriſſent davantage & augmentent la bonne qualité du lait; l'un & l'autre l'altèrent au contraire. Le lait de cette nature peut cauſer à l'enfant des vomiſſemens, des cours de ventre, la fièvre & d'autres accidens qui le tuent.

La nourrice doit s'abſtenir de tous les alimens difficiles à digérer, & qui comme tels, ne peuvent engendrer un bon lait. Je mets de ce nombre, les fruits qui n'ont pas acquis leur maturité; le fromage vieux, les viandes ſalées, épicées, fricaſſées & enfumées. Le vinaigre en général eſt contraire au lait, de même que les liqueurs fortes & ſpiritueuſes. La boiſſon qui convient le plus aux nourrices eſt le thé, & au cas qu'elles y ſoient accoutumées, quelques verres de bière à leur repas, pourvu qu'elle ne ſoit pas trop vieille, ni âcre, ni trop jeune. On doit uſer de la même précaution à l'égard du vin.

L'exercice eſt une choſe abſolument néceſſaire; mais la nour-

rice doit avoir soin, lorsqu'elle se sent trop échauffée, de ne point présenter la mamelle à son nourrisson, parce que son lait, qui l'est aussi, pourroit lui faire du mal.

Le défaut d'exercice n'épaissit pas moins le lait, c'est pourquoi elle doit en user, pourvu qu'il soit modéré.

La nourrice doit dormir autant qu'il le faut pour rétablir ses forces ; mais ne pas pousser son sommeil trop loin, celui-ci étant aussi nuisible au lait, que les longues veilles. Elle doit bien se garder de faire coucher son nourrisson avec elle, à cause des suites fâcheuses que cela peut avoir. J'en ai parlé fort au long dans l'introduction, qui est à la tête de cet ouvrage.

Elle nuit pareillement à l'enfant, lorsqu'elle veille trop tard dans la nuit ; elle doit accoutumer son nourrisson à tetter à des heures réglées, afin qu'elle ait le tems nécessaire pour dormir.

Lorsque la nourrice est affectée de quelque passion violente, telle qu'une frayeur, une colère, &c. on doit lui traire les mamelles, & ne lui permettre de donner à tetter à son nourrisson, qu'après qu'elle est appaisée & calme.

Voilà la véritable ébauche des qualités, que doit avoir une mère ou une nourrice, pour nourrir un enfant nouveau-né. Voyons maintenant les regles qu'elles doivent observer pour le bien soigner.

CHAPITRE XXIV.

Manière de nourrir l'enfant & des soins qu'on doit lui donner.

LE lait de la femme accouchée, est la nourriture la plus naturelle que l'on puisse donner aux nouveaux-nés; elle peut

peut leur ſuffire pendant long-tems: il eſt même bon de les régler dès les premiers jours de leur vie, & de ne leur donner à tetter qu'à certaines heures, en petite quantité d'abord, & toujours en augmentant, à meſure que leurs organes ſe développent & ſe fortifient.

C'eſt une coutume auſſi mauvaiſe que nuiſible aux enfans, que de leur préſenter la mamelle auſſi-tôt qu'ils crient, dans la croyance que la faim eſt la cauſe de leurs cris: cette fauſſe perſuaſion fait qu'on prodigue au nourriſſon un aliment qui ſurchargera bien-tôt ſon eſtomac, & ſera rejetté par le vomiſſement, après avoir procuré une tranquillité apparente & momentanée. Souvent auſſi, les enfans ne s'impatientent que par rapport à la mal-propreté, & les ordures dans leſquelles on les laiſſe. Une mère attentive ſaura bien diſtinguer les clameurs de la faim, du cri de la douleur que cauſent les tranchées & la dentition: elle obſervera s'il y a plus de deux heures que ſon enfant n'a tetté; & dans ce cas, elle préſentera ſon ſein à ſes lèvres empreſſées. Les cris que fait un enfant lorſqu'il a faim, ſont ſuivis, & non interrompus; ceux, au contraire, que cauſent les tranchées, ſont plaintifs, tantôt plus aigus, tantôt ils le ſont moins. Outre ce ſigne, on obſervera que l'enfant aura le ventre un peu enflé, ſenſible & dur: qu'on s'abſtienne alors de préſenter le mamelon. Lorſque ces cris durent trop long-tems, on doit chercher à en connoître la cauſe, & à y remédier.

On ne doit jamais éveiller l'enfant pour lui donner à tetter; comme il dort preſque toujours pendant les deux premiers mois de ſa vie, il ne faut point troubler ſon repos. Quand on manque à cette regle, il arrive ſouvent que les enfans crient long-tems, ſans ſe rendormir.

J'ai dit ci-dessus que le lait de la mère peut suffire aux enfans pendant long-tems; ils pourroient même se passer de toute autre nourriture, jusqu'après la poussée des dents; mais on est dans l'usage condamnable de bourrer les enfans de bouillie, & autres alimens indigestes & mal-sains; c'est de cette source, que dérive la plûpart des maladies auxquelles l'âge tendre est ordinairement en proie.

Lors cependant qu'une mère n'a pas assez de lait pour fournir à la nourriture de son enfant, & qu'elle fût obligée d'avoir recours à un autre aliment, pour suppléer au défaut de son lait, elle pourroit faire une bouillie claire avec de la mie de pain bien cuite, qu'elle fera bouillir avec de l'eau seule ou mêlée avec du lait de vache & un peu de sucre, observant de ne point lui surcharger l'estomac, & de ne point lui en donner trop à la fois.

D'autres donnent à leurs enfans, quand ils ne tettent point, du lait de vache, qui est celui de tous les animaux à mamelles le plus convenable & le plus facile à obtenir.

Lorsqu'on se sert de ce dernier, il faut y mettre un tiers d'eau, pour qu'il soit plus clair, & plus facile à digérer, & le faire un peu chauffer, pour qu'il approche plus de celui de la mère. On met ce lait dans une phiole à long col, & plate, pour pouvoir la mettre dans son sein & entretenir sa chaleur. On attache à son goulot un petit morceau d'éponge en forme de mamellon, pour que l'enfant puisse tetter plus aisément. On met un peu de sucre dans le lait, pour empêcher qu'il ne s'aigrisse; car si cela arrivoit, il faudroit bien se garder d'en donner à l'enfant. On aura soin de renouveller souvent le morceau d'éponge, & de bien rincer la phiole. Comme le lait de vache

eſt moins nourriſſant que celui de la mère, on donnera de tems en tems à l'enfant quelques cuillerées de la bouillie, dont j'ai parlé ci-deſſus. On aura ſoin de ne pas la réchauffer pluſieurs fois, de crainte qu'elle ne s'aigriſſe, & de bien nettoyer le poëlon dans lequel on l'a fait.

Pluſieurs femmes emploient différens autres alimens pour nourrir leurs enfans après les avoir ſevré; mais elles doivent obſerver de ne leur donner que ceux que la nature leur indique, comme les plus ſains & les plus ſalutaires.

La marque la plus ſûre qu'un aliment fait du bien à un enfant, eſt, lorſqu'il eſt analogue avec ſon goût. Tout ce qu'il lui répugne, lui eſt contraire; & il n'eſt jamais aſſez repu, lorſqu'il ne le donne point à connoître par la gaieté qui paroît ſur ſon viſage & ſes folâtreries. On peut alors être aſſuré qu'il ſe porte bien. Lors au contraire qu'on le nourrit avec des alimens ſalés, aigres & âcres, il arrive tout le contraire; on altère ſa ſanté & on corrompt la maſſe du ſang, ce qui le rend ſujet à pluſieurs maladies.

Les nouëts ou tampons de bouillie, appellés en Flamand *Mondſtopzels*, que quelques mères mettent dans la bouche de leurs enfans, pour les amuſer, ſont très-dangereux, non-ſeulement parce que l'enfant peut les avaler & ſuffoquer, mais à cauſe qu'ils s'aigriſſent, ce qui ne peut que lui être très-nuiſible.

Il arrive quelquefois que l'enfant, n'ayant pu digérer la nourriture qu'il a priſe, tombe le ſoir & pendant la nuit dans des inquiétudes & des agitations, qui le font crier, ce qui interrompt le ſommeil de ſa nourrice: celle-ci qui veut dormir, & qui ne veut pas ſe donner la peine de le démaillotter, eſt aſſez dénaturée pour lui donner de l'opium, ou ce que les Fla-

mands appellent *Heulbuizekens*, pour l'endormir plutôt. Je fuis perfuadé que fi les mères connoiffoient les mauvais effets de ces potions narcotiques, elles ne feroient pas affez inhumaines pour les employer, à caufe des maladies qu'elles occafionnent.

Quand on porte un enfant fur les bras, il eft bon de le changer fouvent d'un bras à l'autre, afin que le corps penchant alternativement de deux côtés, l'épine ne prenne aucune inflexion, aucune tournure difforme, & que les vertèbres ne contractent aucun vice de conformation.

Le plaifir que prennent les femmes à voir marcher leurs enfans, & à les promener, leur a fait imaginer toutes fortes de moyens pour en jouir plutôt. Le plus connu & le plus dangereux, font les lifières & les carioles. Les unes & les autres compriment la poitrine, font avancer les épaules & empêchent la circulation du fang. On ne doit employer les lifières que pour les foutenir & les empêcher de tomber, lors fur-tout qu'ils font trop vifs.

On continue encore de fe fervir des corps, quoique plufieurs Ecrivains, amis du genre humain, les aient profcrits. Un enfant, foit garçon ou fille, n'a pas plutôt trois mois, que la mère lui endoffe un corps, de crainte, fi elle ne le faifoit pas, de paffer pour ridicule dans l'efprit des perfonnes de fa connoiffance. Il faut être ftupide, inhumaine & avoir perdu le fens commun, pour ne pas fentir, que la compreffion, la gêne & la douleur qu'un corps occafionne, fur-tout lorfqu'il eft malfait, eft plus propre à défigurer le corps, qu'à corriger les défauts qu'il peut avoir.

Comme toutes les parties de l'enfant font comme une efpèce

de cire molle, qui reçoit les impreſſions qu'on lui donne, la nourrice aura la plus grande attention à moucher l'enfant avec le plus de délicateſſe qu'il lui ſera poſſible d'employer, pour ne point lui défigurer le nez; mais quelles peines ne ſe donne-t-on pas, pour redreſſer une tête ou un nez difforme. Il arrive ſouvent, lorſque l'Accouchement eſt laborieux, que la tête s'alonge & prend la forme d'un pain de ſucre; que le nez ſe défigure & s'applatit, & que pour arrondir la première partie, on la comprime, & on tire la ſeconde pour l'alonger; l'une & l'autre mauvaiſe manœuvre peut cauſer des convulſions à l'enfant & le faire périr. Il n'y a que la nature ſeule qui puiſſe corriger ces ſortes de défectuoſités, & on doit par conſéquent la laiſſer agir.

Il ſuffit ordinairement qu'un enfant ſoit joli, pour que tout le monde ſe croit autoriſé à lui faire des careſſes; & les nourrices paroiſſent flattées de ces égards. Il eſt des gens mal-ſains, qui oſent imprimer des lèvres immondes ſur celles du nourriſſon, & flétrir cette fleur à peine naiſſante, du ſouffle empeſté de leur haleine. C'eſt ainſi que les enfans contractent quelquefois des maladies opiniâtres, telles que la gale, des dartres, des boutons, des ulcères, & ſouvent les infirmités attachées à la débauche. Une mère attentive parera à tous ces inconvéniens. C'eſt à elle ſeule que l'enfant doit ſes premières careſſes: c'eſt à elle ſeule ou à ſon époux, qu'eſt réſervé ce plaiſir pur & vif, qui fait palpiter les entrailles paternelles, quand ils preſſent leurs enfans ſur leur poitrine.

Manière dont on doit ſevrer un enfant.

Auſſi-tôt que l'enfant a acquis des forces & de la ſolidité dans ſes parties; que ſon eſtomac eſt en état de digérer des alimens étrangers, & qu'une grande partie de ſes dents ont pouſſé, il ne peut plus ſubſiſter avec le lait de ſa nourrice, & il doit être ſevré.

On ſevre ordinairement les enfans lorſqu'ils ont un an; mais cette regle ſouffre une exception, car il y a des cas qui ne permettent de les ſevrer qu'au bout de 15 mois, & même de deux ans, lorſqu'ils ſont foibles, maladifs & ne profitent point.

On doit bien ſe garder de lui refuſer tout-à-coup la mamelle, il faut l'accoutumer peu à peu à s'en paſſer, en lui préſentant le ſein moins ſouvent & en augmentant la nourriture étrangère qu'on commence à lui donner une demi-année après ſa naiſſance, c'eſt-à-dire, une fois par jour, n'ayant beſoin avant ce tems-là d'autre nourriture que le lait de ſa mère. Dès qu'on s'apperçoit qu'il digère aiſément la bouillie qu'on lui donne, & que le tems pour le ſevrer approche, on lui en donne deux fois par jour, ſavoir, à onze heures du matin, & à ſix heures du ſoir; au moyen de quoi on pourra le ſevrer, ſans qu'il en réſulte aucun inconvénient.

Un enfant a de la peine à quitter la nourriture à laquelle il eſt accoutumé, & delà vient qu'il pleure, crie & harcèle ſans ceſſe ſa mère. Celle-ci doit par conſéquent s'abſenter, & le confier à quelque perſonne qu'il connoît, & qu'il a coutume de fréquenter.

Au cas que la mère aime aſſez ſon enfant, pour ne pas vouloir le perdre de vue, elle peut le déshabituer peu à peu de tetter, en appliquant ſur ſes mamelons quelque choſe qui le rebute par ſon amertume. Celles qui veulent être témoins oculaires de la manière dont on ſevre leurs enfans, doivent bannir toute commiſération, & ne point ſe laiſſer toucher, ni par leurs larmes, ni par leurs cris. Comme l'enfant n'a pas tetté depuis long-tems, ſi elles lui préſentoient la mamelle, il ſe gorgeroit du lait, ce qui lui cauſeroit la ſuffocation, un flux de ventre, &c.

CHAPITRE XXV.

De la fausse-couche ou avortement.

J'Ai dit ci-dessus, que lorsque l'enfant naît avant le septième mois de la grossesse, on appelloit cela une fausse-couche ou un avortement.

Ce dernier arrive pour l'ordinaire le 3e & le 4e mois, & pour la plûpart vers le tems auquel la femme, avant que d'être enceinte, avoit coutume d'avoir ses regles.

On a vu des enfans qui sont nés le 7e mois, & qui cependant ont vécu; ceux qui naissent avant ce tems-là, meurent presque tous, parce qu'ils n'ont pas les poumons assez forts pour respirer.

Les causes de l'avortement sont en très-grand nombre; mais les principales sont celles qui ont le pouvoir d'irriter & de resserrer la matrice, par exemple, une maladie aiguë, la fièvre inflammatoire, la petite vérole, la rougeole, une colique, un vomissement, une hémorrhagie, une dyssenterie, le mauvais régime, le mauvais air, les passions vives & soudaines, le fréquent usage du coït, le resserrement d'habits, le chagrin, la frayeur, les exercices violens, tels que les sauts, la danse, l'exercice du cheval, une chûte, un coup sur le ventre, le décollement du placenta, &c. Quelques femmes avortent, sans qu'on en puisse savoir la raison; d'autres ne font point de fausse-couche, quoiqu'elles soient sujettes aux accidens, dont j'ai parlé ci-dessus. Combien voit-on des femmes libertines, qui, se trouvant enceintes, emploient tous les moyens imaginables pour se débarrasser du fruit qu'elles portent, sans pouvoir y

réuſſir. Les femmes de ſoldats, celles de la campagne, ſont expoſées à mille accidens capables de les faire avorter, ſans cependant que ce malheur leur arrive.

Les fauſſes-couches accompagnées d'une perte de ſang, ſont plus fréquentes que les autres. L'avortement, généralement parlant, eſt auſſi plus dangereux que l'Accouchement à terme, tant pour la raiſon que je viens de dire, qu'à cauſe que le placenta reſte pour l'ordinaire dans la matrice, & que la femme manque de ſecours tant internes, qu'externes.

Plus la fauſſe-couche eſt tardive & le fœtus gros, plus l'hémorrhagie eſt dangereuſe; & lorſque celle-ci eſt accompagnée de douleurs vraies, il n'y a plus d'eſpoir d'empêcher l'avortement.

La perte de ſang qu'éprouve une femme enceinte, peut être quelquefois heureuſement arrêtée, lorſqu'elle n'eſt point accompagnée de douleurs, ſans qu'elle avorte; il y a cependant des cas où la fauſſe-couche n'a lieu que trois jours après que la perte de ſang a ceſſé.

L'avortement exige beaucoup de prudence & de dextérité de la part des Sages-femmes & des Accoucheurs.

Les ſignes qui annoncent la fauſſe-couche, à l'exception des douleurs dans les lombes & le bas-ventre, ſont peu ſenſibles dans les deux premiers mois; mais l'avortement d'une groſſeſſe plus avancée, eſt ordinairement accompagné de la fièvre de lait, du gonflement ſubit, mais paſſager, des mamelles, du friſſon, de la froideur des extrêmités, de laſſitude, &c.

Il y a des femmes qui avortent ſubitement & ſans aucune ſuite

ſuite fâcheuſe, & qui ne s'alitent même pas, au lieu que d'autres ſouffrent infiniment plus que dans un Accouchement naturel.

La perte de ſang qui précède la fauſſe-couche, diffère du flux menſtruel, en ce qu'elle eſt accompagnée de douleurs, de la dilatation de l'orifice de la matrice; que l'évacuation eſt plus abondante, & que le ſang eſt rempli de caillots.

La fauſſe-couche commence, dès que les douleurs vraies paſſent des lombes dans le bas-ventre. Lorſqu'au deſſus de cela l'orifice de la matrice ſe dilate, & qu'on y ſent une petite poche tendue, formée par les eaux, on ne doit plus douter du progrès de l'avortement.

On doit dans l'avortement faire attention à la perte de ſang, qui dans ce cas, ſur-tout après les trois mois de groſſeſſe, eſt déjà remarquable.

On doit preſcrire à la malade un régime exact & le repos, & examiner les grumeaux de ſang, pour voir ſi l'on n'y trouveroit point un embryon, un placenta, une môle, & s'aſſurer qu'il ne reſte aucune portion de l'arrière-faix dans la matrice.

Il arrive ſouvent, que dans l'avortement de trois mois de groſſeſſe, l'avorton eſt ſi petit, qu'il gliſſe dehors avec le ſang, ſur-tout quand la perte eſt conſidérable, à moins qu'il ne ſe place de travers ſur l'orifice de la matrice. On n'a autre choſe à faire dans le premier cas, que de s'aſſurer s'il eſt vivant ou non, afin de le baptiſer, ſi la choſe eſt poſſible. Dans le ſecond cas, on introduit l'index dans l'orifice de la matrice, pour s'en ſervir comme d'un crochet, pour le tirer dehors.

On ſait que l'orifice de la matrice ne ſe dilate jamais qu'à

proportion du corps, qui eſt enfermé dans ce viſcère; de manière qu'après qu'un embryon de trois mois en eſt ſorti, il n'eſt ouvert qu'autant qu'il le faut pour y introduire un doigt. On ſe ſervira de celui-ci, pour examiner ſi le placenta eſt détaché & engagé dans le col de la matrice. On en extraira une partie hors de l'orifice, on ſaiſira ſon bord avec celui du milieu & on l'extraira entiérement.

Au cas qu'on ne trouve ni l'embryon, ni l'arrière-faix dans l'orifice de la matrice, on ne doit point introduire la main avec violence, car on ne ſauroit le faire ſans danger pour la femme. Le mieux qu'on puiſſe faire dans ce cas, eſt de laiſſer agir la nature, ſur-tout lorſque la perte a ceſſé totalement ou en partie.

L'uſage des différentes eſpèces de tenettes, dont ſe ſervent les Accoucheurs pour extraire l'embryon, qui eſt enfermé dans la cavité de la matrice, exige la plus grande précaution, & la raiſon en eſt aiſée à deviner, vu qu'on ne peut employer le doigt pour le diriger comme il faut. Au cas qu'on s'en ſert, ce ne doit être qu'avec la plus grande dextérité, & lorſque la perte eſt ſi conſidérable, qu'on ne peut l'arrêter autrement.

Le meilleur moyen pour prévenir un avortement apparent, eſt, que la Sage-femme recommande la tranquillité & le repos à la malade, & qu'elle envoie chercher un Médecin ou un Accoucheur, qui ordinairement ordonnent la ſaignée aux pléthoriques & des corroborans aux foibles.

Les femmes qui ont fait une fauſſe-couche, ſont ſujettes à en faire d'autres. Les meilleurs Praticiens ont obſervé, qu'on ne ſauroit prévenir les fauſſes-couches réitérées, lorſque les femmes ne veulent point s'abſtenir du grand uſage du caffé & du coït.

CHAPITRE XXVI.

De l'Accouchement prématuré.

ON appelle Accouchement prématuré, celui qui arrive le 7e, le 8e mois & fouvent au milieu du 9.e La plû-part de ces Accouchemens arrivent à la fin du 7e mois.

Ses caufes font les mêmes que celles de la fauffe-couche. Avant de hâter l'Accouchement, l'on doit être très-affuré, qu'il ne paffera pas, ce qu'on peut connoître aux indications énoncées à l'article de fauffes-couches; favoir, aux douleurs vraies, à la dilatation de l'orifice de la matrice, à l'accroiffement & à la tenfion de la poche formée par les eaux renfermées dans les membranes.

Lorfque l'enfant préfente la tête, & que la perte de fang n'eft pas confidérable, on doit laiffer agir la nature. Si au contraire la perte eft forte, on doit examiner fi l'orifice de la matrice eft affez dilaté, pour pouvoir y introduire les doigts, &, en cas de befoin, la main tout entière.

Dans le cas où l'orifice de la matrice n'eft pas affez ouvert, on fe fervira de fon doigt pour le dilater, mais cependant avec beaucoup de précaution, pour ne point l'irriter, ce qui feroit dangereux, nonobftant que dans ce cas, l'orifice de la matrice eft ordinairement très-lâche & diftenfible.

Au cas que les membranes ne foient pas déchirées, & que l'orifice de la matrice foit affez ouvert, on les percera, ce qui fuffit quelquefois, pour arrêter le fang; après quoi on peut abandonner l'Accouchement à la nature, lorfque l'enfant eft

bien tourné : s'il ne l'eſt pas ; ſi la perte continue après que les membranes ont été percées, on doit tourner l'enfant & terminer l'Accouchement par les pieds.

C'eſt dans ce cas que l'arrière-faix ſuit ordinairement très-promptement, parce qu'il eſt en plus grande partie détaché. Après avoir extrait l'enfant & l'arrière-faix, on doit auſſi extraire les caillots de ſang, au moyen de quoi, la perte ceſſe ordinairement, lorſque la femme ſe tient tranquille. Je parlerai de l'hémorrhagie utérine en particulier.

Comme il arrive ſouvent, pour cacher le ſecret au père ſuppoſé de l'enfant, que l'on donne pour précoces des enfans qui ſont nés à terme, il convient que l'Accoucheur ou la Sage-femme, ſur-tout dans les déclarations qu'ils donnent, agiſſent avec la plus exacte prudence, qu'ils examinent très-ſcrupuleuſement l'enfant nouveau-né, avant de dire leur ſentiment.

La groſſeur d'un enfant mort avant terme, ne s'accorde pas toujours avec le tems de la groſſeſſe, mais plutôt avec celui auquel il eſt mort dans la matrice. Les enfans qui naiſſent vivans avant terme, ſont ordinairement plus petits, que ceux qui naiſſent à terme. Aux premiers manquent ordinairement les ongles & aux avortons toujours. Les enfans précoces dorment preſque toujours, & il faut les éveiller pour les faire tetter. Ils n'ont ſouvent pas aſſez de force, pour ſucer le lait hors du ſein de leur mère, & comme leur poumon eſt encore trop foible pour ſe diſtendre & ſe reſſerrer, on n'entend preſque pas le ſon de leur voix quand ils crient ; ils reſpirent auſſi plus difficilement.

Dans le jugement qu'on porte ſur ces ſortes d'enfans, on doit moins avoir égard à leurs forces & à leur groſſeur, qu'à la facilité ou difficulté avec laquelle ils reſpirent.

Comme les Accouchemens prématurés font pour la plû-part accompagnés de pertes de fang, l'on doit fe conduire à cet égard de la manière indiquée à l'article de l'avortement, avec cette différence, que dans ce cas on peut introduire la main dans la matrice, ce qui n'eft pas poffible dans l'autre cas avant le fixième mois.

CHAPITRE XXVII.

De l'Accouchement tardif.

QUoique la nature ait affigné aux femmes, auffi-bien qu'aux femelles des animaux, un tems fixe pour accoucher & pour mettre bas, il y a cependant des caufes inconnues, qui prolongent ce terme jufqu'au 10e & 11e mois; mais je doute que la groffeffe puiffe aller plus loin.

On a obfervé que des enfans, d'une naiffance tardive, fe font remués très-diftinctement pendant fix à fept mois dans le fein de leurs mères, & font venus au monde avec des marques d'une plus forte conftitution que de coutume. Quelques-uns avoient la fontanelle offifiée, les cheveux plus longs, la voix plus forte, les yeux & le teint plus vifs & plus animés: on en a même trouvé avec plufieurs dents qui avoient percé; mais comme dans le cas d'un Accouchement naturel & à terme d'un premier enfant, on l'annonce quelquefois pour un Accouchement prématuré, pour cacher le commerce amoureux que la mère a eu avant fon mariage: il peut arriver auffi, que des veuves fines & rufées, qui font devenues enceintes après la mort de leurs maris, en ufent de même, & mettent ceux dont elles accouchent, fur le compte des défunts. C'eft pourquoi, les Accoucheurs qui font appellés devant les Ma-

giſtrats, pour dire leur ſentiment ſur ces ſortes d'Accouchemens, doivent le donner avec beaucoup de circonſpection, & ne céler aucune des circonſtances relatives, ſoit à la conſtitution de l'enfant, ſoit aux ſignes qui aſſurent la groſſeſſe.

Quant aux ſecours qu'exigent les naiſſances tardives, ils dépendent des circonſtances qui ſe préſentent, & ils varient, ſelon qu'ils ſont naturels, laborieux ou contre-nature.

On doit mettre la groſſeſſe qui n'a point de terme, au nombre des maladies.

CHAPITRE XXVIII.

De l'Accouchement d'un enfant mort.

CEt Accouchement eſt généralement plus long & plus difficile, que celui dans lequel l'enfant eſt vivant, ſavoir, lorſqu'il préſente naturellement la tête, & qu'il a la même grandeur qu'un vivant, & que les circonſtances ſont les mêmes à l'égard de la mère; car quand on doit tourner l'enfant & terminer l'Accouchement par les pieds, le cas eſt ſouvent indifférent, & les Accouchemens d'un petit enfant, qui ſe terminent la tête en avant, ſont beaucoup plus faciles, que ceux d'un enfant vivant qui eſt gros.

On comprendra aiſément la raiſon de ce que je viens de dire, ſi l'on fait attention à ce que j'ai dit ci-deſſus, ſavoir, que lorſque l'enfant eſt vivant & bien ſitué, il ſe fraie lui-même un chemin par les efforts qu'il fait, & cela eſt ſi vrai, qu'on a trouvé des enfans entre les cuiſſes de leurs mères, quoiqu'elles fuſſent mortes ſans avoir accouché.

Il arrive rarement, qu'un enfant mort reſte le tems qu'il

faut dans la matrice, il en fort ordinairement avant terme, & c'eft la raifon pour laquelle il a la tête plus petite, que celui qui eft à terme, & alors l'Accouchement d'un enfant mort peut être auffi prompt que celui d'un enfant vivant & à terme.

Il faut, pour de fortes raifons, connoître les fignes auxquels on peut s'affurer fi l'enfant eft vivant ou mort, pour qu'on puiffe dans le premier cas avoir recours à l'opération céfarienne ou à la fection de la fymphyfe, quand elle eft néceffaire, & dans le dernier cas évacuer & diminuer la tête ou la poitrine.

L'enfant peut mourir durant la groffeffe ou pendant l'Accouchement.

Les fignes qui font connoître qu'il eft mort pendant le cours de la groffeffe, font les fuivans :

1.° Lorfque la femme a déjà fenti les mouvemens de l'enfant, & qu'elle ne les fent plus après : lorfqu'elle s'apperçevoit, que d'un jour à l'autre ces mouvemens diminuent, ou qu'elle fent tout-à-coup un mouvement exceffif, & qu'après l'enfant ne fe remue plus du tout. La violence de ce mouvement eft l'effet d'une convulfion, qu'il éprouve en mourant.

2.° Elle ne fent point remuer l'enfant le matin, lorfqu'elle pofe la main fur la région ombilicale.

3.° Son ventre s'affaiffe au lieu de groffir.

4.° Le nombril, qui eft ordinairement de niveau avec la peau du bas-ventre, rentre & s'enfonce comme avant la groffeffe.

5.° Lorfqu'elle fe couche fur un côté ou fur l'autre, elle

ſent un corps dur & peſant, qui retombe du côté ſur lequel elle eſt couchée.

6.° Elle ſent quelquefois comme une eſpèce de cuiſſon ou froid dans la matrice.

7.° Ses mamelles groſſiſſent pendant que le friſſon fébrile ſurvient; ce dernier eſt paſſager, après quoi elles s'affaiſſent & rendent un lait aqueux.

Tels ſont les ſignes qui annoncent que l'enfant eſt mort pendant le cours de la groſſeſſe, & dont les Auteurs nous ont donné le détail. Lorſque tous ces ſignes ſe ſuccèdent ou ſe manifeſtent enſemble, & qu'on eſt de plus inſtruit de la cauſe qui a pu cauſer la mort de l'enfant, on eſt beaucoup plus aſſuré de ſon opinion.

Les autres ſignes qui font connoître que l'enfant eſt mort, tels, par exemple, que la couleur plombée du teint, des yeux cernés, la difficulté de reſpirer, les palpitations de cœur, le tintement d'oreille, l'aſſoupiſſement, les vapeurs, les pâmoiſons, les maux de tête, une petite fièvre, ſont incertains & peuvent venir de toute autre cauſe que de la mort de l'enfant. Ce dernier, quoique mort, ne ſe corrompt pas aiſément, parce qu'il n'a aucune communication avec l'air extérieur, au lieu qu'il arrive tout le contraire, lorſque les enveloppes ſe déchirent, & c'eſt alors qu'arrivent les accidens dont je viens de parler. Lorſqu'on diffère l'Accouchement, il ſurvient une inflammation de matrice, laquelle eſt ſuivie de la gangrène, & la mère meurt ſans reſſource.

Les enfans morts occaſionnent ordinairement l'avortement ou un Accouchement prématuré, parce que le ſang ne peut ſe rendre de la matrice dans le placenta, ni de celui-ci dans le fœtus.

Il

Il s'amaſſe dans la matrice, au point, qu'il l'oblige à ſe contracter.

On a vu cependant des enfans qui ont reſté long-tems dans la matrice, ou dans les environs, au point de ſe pétrifier.

Voici maintenant les ſignes qui font connoître que l'enfant s'eſt engagé mort ou vivant au paſſage, & qu'il n'eſt mort que dans ce dernier:

1.° Lorſqu'il découle de la matrice, après la rupture des membranes, des ſéroſités d'une mauvaiſe couleur & puantes, qui dénotent la pourriture, & qu'on diſtingue, par l'expérience, de toute autre humeur. Il ne faut cependant pas les confondre avec le méconium, qui eſt plus épais, ſans odeur & verdâtre.

2.° Lorſque l'épiderme ſe détache du corps & ſe colle à la main de l'Accoucheur; mais il faut que cela ſoit accompagné d'une odeur infecte.

3.° La tête ni les autres parties du corps, qui ſont engagées dans l'orifice de la matrice & même étranglées par ce dernier, ne s'enflent point.

4.° Lorſqu'on peut toucher la tête de l'enfant au paſſage, on apperçoit, qu'elle n'a point une forme conique; & lorſqu'on rapproche avec la main les os du crâne, ils font un bruit, & on y ſent un certain mouvement, comme ſi le crâne étoit vuide & ſes os couchés les uns ſur les autres avec des pointes aigues.

5.° Lorſque la fontanelle eſt ouverte, on ne ſent point le battement des artères; mais pour s'aſſurer davantage, on doit auſſi tâter l'artère temporale.

6.° Lorſque l'enfant eſt placé de façon, qu'on peut atteindre au cordon ombilical, & qu'on ſent le battement des artères, c'eſt un ſigne, qu'il eſt encore en vie; mais on ne doit point conclure que l'enfant eſt mort dès qu'on ne le ſent pas, parce qu'il peut être extrêmement foible. Le cordon d'un enfant mort eſt pour l'ordinaire flétri.

Lorſque l'enfant préſente le viſage, on peut, en mettant le doigt dans ſa bouche, ſentir les mouvemens de ſa langue; s'il préſente la poitrine, on ſent le mouvement du cœur; s'il préſente le bas-ventre, le cordon ombilical s'échappe ordinairement, & on obſerve, comme j'ai dit ci-deſſus, s'il bat ou non.

S'il préſente quelque extrêmité au paſſage, le pouls & l'enflure de cette partie indiqueront s'il eſt vivant ou mort. Lorſqu'indépendamment de ces ſignes, il s'exhale continuellement de la matrice une ſanie infecte & puante, pareille à celle qui ſort d'un cadavre, ou à celle d'une eau croupiſſante, on peut ſans crainte de ſe tromper, annoncer la mort de l'enfant, quoiqu'elle puiſſe avoir lieu, indépendamment de la ſanie & de l'odeur infecte, dont je viens de parler.

Lorſqu'on joint à tous ces ſignes la poſition de l'enfant & la longue durée pendant laquelle il a reſté dans cette mauvaiſe poſition dans le petit baſſin, & qu'en outre, on examine les cauſes qui ont pu lui cauſer la mort de la part de la mère, on pourra plus facilement décider s'il eſt vivant ou mort.

Voici maintenant les ſignes qui nous font connoître, que l'enfant s'eſt engagé vivant dans le baſſin, & qu'il eſt mort durant le travail de l'Accouchement.

Les os du crâne ſe rapprochent tellement dans l'Accouche-

ment naturel d'un enfant vivant, qu'insensiblement on ne peut plus toucher la fontanelle. Les tégumens de la tête forment sur la fontanelle premiérement un pli large qui augmente & se change à la fin en une tumeur ronde, qui prend ensuite une forme conique, qui est dure & ferme. Lorsque dans cet état cette tumeur devient encore une fois molle, & ne s'alonge plus pendant les douleurs, c'est un signe présomptif, que l'enfant est mort, ou mourra pendant l'Accouchement.

On ne peut point tenir la mort de l'enfant pour certaine, tant qu'on n'a point des signes manifestes de corruption.

L'écoulement du méconium hors de la matrice, n'est pas non plus une preuve qu'il le soit, car celui-ci a toujours lieu, lorsque l'enfant présente les fesses, & même dans toutes les autres positions d'un enfant vivant; car une foible colique peut occasionner cette évacuation.

Ce n'est pas non plus une preuve certaine que l'enfant soit mort, lorsqu'il ne se remue plus du tems de l'Accouchement; car la tête n'est pas plutôt engagée & pressée dans l'entrée du petit bassin, qu'il n'a pour l'ordinaire plus aucun mouvement.

Au reste, tous les signes dont je viens de parler, ne décident pas la mort absolue de l'enfant pendant le travail, on ne peut s'en assurer que par la corruption.

Lorsqu'un enfant mort présente la tête, la Sage-femme doit se conduire de même que s'il présentoit la même partie étant vivant. S'il arrivoit cependant, que l'Accouchement n'avançât pas, parce que la tête n'est ni pointue ni conique, & qu'elle s'enclave, on doit se servir du levier ou du forceps de la maniére que je le dirai dans la suite.

Les Médecins qui prefcrivent des remèdes avortifs ou expulfifs avant que les douleurs de l'enfantement fe manifeftent, fe trompent lourdement. Les fignes qui font connoître la mort de l'enfant, font fi incertains, avant que l'Accouchement commence, qu'on court rifque, en les employant, de caufer une fauffe-couche: j'ajouterai que ces fortes de remèdes produifent de très-mauvais effets & caufent pour l'ordinaire une perte de fang & une inflammation de matrice. Si l'on donne ces remèdes du tems qu'il y a des vraies douleurs, ils font tout à la fois inutiles & dangereux. Le plus fûr, lorfqu'une femme eft enceinte d'un enfant mort, eft de laiffer agir la nature, jufqu'à ce qu'elle fe déclare.

Lorfqu'on tire l'enfant par morceaux, ou qu'il eft tellement pourri, que les parties du corps font féparées, & que l'une fort après l'autre, il convient de s'affurer, fi elles font toutes expulfées, & au cas qu'elles ne le foient pas, quelle partie refte encore dans la matrice. Pour le connoître, il fuffit de les arranger toutes fur un plat, & d'examiner celle qui manque; ce qui évite à la Sage-femme la peine de fouiller continuellement dans la matrice, pour chercher la partie, qu'on croit être reftée.

Les caufes pour lefquelles l'enfant meurt dans le fein de fa mère, appartiennent à la pathologie des femmes enceintes.

CHAPITRE XXIX.

De l'Accouchement des jumeaux.

C'Eft un fait conftaté par l'expérience journalière, que des femmes ont accouché de 2, 3, 4 & 5 enfans; mais plus fouvent de 2 que de 3, 4 ou 5: ces derniers cas étant extrêmement rares.

Les ſignes auxquels on peut conjecturer, qu'une femme eſt enceinte de deux enfans, ſont douteux & incertains. Les plus ordinaires ſont: 1.° lorſque le ventre eſt plus tuméfié qu'à l'ordinaire. 2.° Quand dans le ſeptième & huitième mois, le ventre de la femme eſt comme partagé par une ligne qui le ſépare en deux tumeurs. 3.° Lorſque la femme ſent les mouvemens de l'enfant d'un côté ſeulement, ou de deux côtés à la fois. 4.° Quand les extrêmités inférieures ſont fortement enflées.

Tous ces ſignes ont ſouvent lieu dans la ſimple groſſeſſe : quelquefois l'on n'en obſerve aucun, & cependant la femme accouche de deux enfans.

Lorſque l'enfant eſt gros ou hydropique, & qu'il y a une grande quantité de vraies & de fauſſes eaux dans la cavité de la matrice, ou que la femme eſt elle-même hydropique, on ne peut pas conclure de la tuméfaction du bas-ventre, qu'elle ſoit enceinte de deux enfans.

Le ventre de la femme peut être ſéparé en deux tumeurs ou élevé de deux côtés, lorſque le placenta ou une môle eſt placée d'un côté de la matrice.

L'enfant peut être couché de travers dans la matrice, & ſe remuer avec les mains d'un côté & avec les pieds de l'autre. On peut juger par-là de l'incertitude de cette eſpèce de groſſeſſe.

Il n'eſt abſolument pas néceſſaire de ſavoir avant l'Accouchement, que la femme eſt enceinte de deux enfans, & au cas qu'on le ſache, l'on ne doit point en inſtruire la femme ; car il n'eſt pas fort agréable d'accoucher de plus d'un enfant.

L'Accouchement de deux enfans peut ſe terminer de trois

manières différentes : 1.° tous les deux peuvent présenter la tête au passage, & ainsi naître naturellement. 2.° Le premier peut naître naturellement la tête la première & le second venir au monde contre-nature. 3.° Tous les deux peuvent présenter également une main ou un pied, savoir, l'un la main & le pied droit, l'autre la main & le pied gauche, ou de telle autre manière contre-nature. C'est la raison pour laquelle on divise cette sorte d'Accouchement en naturel, contre-nature & mixte.

Voici les signes auxquels on peut connoître, après que le premier enfant est sorti, s'il y en a encore un second ou non dans la matrice :

1.° Si l'Accouchement arrive quelques jours ou quelques semaines avant le terme de la grossesse; ce qui arrive ordinairement, mais pas toujours.

2.° Si après la sortie du premier enfant, le ventre s'affaisse à moitié, & reste encore si élevé & si dur, qu'on puisse sentir le second enfant en appliquant la main dessus ; car la tumeur que forme une matrice vuide, est plus molle, moins égale & moins unie, que celle qui est causée par le second enfant.

3.° Le premier enfant qui naît, est ordinairement plus petit que celui d'une grossesse simple & à terme.

4.° Lorsqu'on touche l'orifice de la matrice, on y trouve une seconde poche d'eau, au travers de laquelle on sent la partie que l'enfant présente au passage. On trouve quelquefois sur la surface inférieure de l'arrière-faix une vessie ou hydatide, qui est fortement tendue dans l'orifice de la matrice par la constriction de ce dernier, & qui creve dans le fort des tranchées utérines; ce qui donne lieu de croire qu'il y a un second enfant. On peut s'en assurer par le toucher, & le cas est très-rare.

5.° Le cordon de l'enfant qui eſt ſorti le premier, rend du ſang pendant long-tems, lorſqu'on n'a pas ſoin d'y faire une ligature.

6.° La femme reſſent auſſi-tôt ou bien quelque tems après l'Accouchement du premier enfant, de nouvelles & fortes douleurs.

Lorſqu'on eſt aſſuré qu'il y a un ſecond enfant, on lie à l'inſtant le cordon de celui qui eſt ſorti le premier, quoique pluſieurs regardent cette précaution comme inutile, en quoi ils ont tort; car comme la matrice ne peut ſe reſſerrer à cauſe du ſecond enfant, le placenta du premier ne ſe détache pas ſi aiſément, d'où réſulte une perte continuelle, quoique les deux placenta ne ſoient point unis enſemble.

Lorſque le ſecond enfant préſente naturellement la tête ou les feſſes, & que tout le reſte va bien d'ailleurs, on doit laiſſer agir la nature, & ne point déchirer les enveloppes, pour que la matrice ait le tems de ſe contracter.

Lorſque la femme ſe trouve conſidérablement affoiblie, après la ſortie du premier enfant; lorſque les douleurs ne recommencent point, après avoir pris des potions cordiales, & que l'enfant eſt dans une poſition contre-nature, il faut introduire la main dans la cavité de la matrice, & déchirer avec les ongles les membranes, pour que la matrice ſe contracte; ce qui excite ſouvent de nouvelles douleurs; & comme le premier enfant a franchi & dilaté le paſſage, le ſecond le fait également, quand il ſe préſente bien, étant expulſé par la nature. Dans le cas où il fait le contraire, il faut le ſaiſir par les pieds & terminer l'Accouchement de la manière que je le dirai à l'article, où je traite de l'Accouchement par les pieds. Cette eſpèce d'Accouchement n'a rien de difficile, parce que l'orifice

ſe trouve dilaté, & que les jumeaux ſont plus petits que les autres enfans.

Après que les deux enfans ſeront ſortis, & qu'il n'y a point d'apparence pour un troiſième, on ſaiſit le cordon du premier de la manière que j'ai enſeignée; & ſi ſon arrière-faix ſuit aiſément, n'étant pas collé à l'autre, on les extrait ainſi l'un après l'autre: en cas qu'on ne le puiſſe faire avec aiſance, on ſaiſit les deux cordons enſemble, parce que les deux placenta ſont pour l'ordinaire collés, & on les amène tous deux à la fois. Au cas que l'on rencontre de la difficulté, on ſe conduira comme je l'ai dit à l'article, ſur la délivrance ou l'extraction de l'arrière-faix.

Lorſqu'on eſt obligé de retourner le premier enfant, & qu'on introduit pour cet effet la main dans la matrice, on ſent quelquefois l'enveloppe du ſecond. Il faut dans ce cas-là prendre garde de ne point la déchirer, de crainte que les eaux ne s'écoulent toutes à la fois, & ne retournent les deux enfans l'un ſur l'autre; ce qui rendroit l'Accouchement difficile & laborieux. Au cas que les deux enveloppes percent à la fois, l'Accoucheur doit s'aſſurer, avant de ſaiſir les deux pieds, pour les tirer dehors, qu'ils appartiennent au même enfant: dans ce cas il l'extraira, comme je le dirai dans l'endroit, où je traite de l'Accouchement par les pieds.

Dans l'Accouchement mixte de deux jumeaux, on extraira le premier naturellement & le ſecond par les pieds.

Je traiterai à part de l'Accouchement, où les deux jumeaux ſont collés enſemble.

CHA-

CHAPITRE XXX.

De la superfétation.

PLusieurs Savans en parlent d'une manière fort douteuse, & la plûpart même la nient. Cela ne me surprend pas; car plus l'opération de la génération est cachée, plus il est difficile de concevoir & d'expliquer le cas de la superfétation. Il n'est pas rare de voir, qu'une femme, quelques jours après la naissance du premier enfant, accouche d'un second; & c'est ce qui a donné peut-être lieu de croire à la réalité de la superfétation; mais si l'on fait attention à ce que l'expérience journalière démontre, que l'un des jumeaux surpasse l'autre en forces & grandeur, on comprendra aisément, que lorsque le premier, qui a acquis sa perfection, est né, le second est forcé, à cause de sa foiblesse & de son imperfection, de rester encore quelque tems dans le sein de sa mère, quoiqu'ils aient été conçus en même tems.

Je ne déciderai point, si la superfétation est possible ou impossible, puisque je n'en suis pas pleinement convaincu; mais je conseille à la Sage-femme, de ne point se hâter de rompre les membranes du second enfant, après la naissance du premier; car si elle voit, que l'arrière-faix du premier suit aisément, sans effort & quasi de soi-même, que les douleurs cessent totalement, & que la mère se trouve d'ailleurs parfaitement bien, elle doit abandonner la chose à la nature, jusqu'à qu'elle ait de nouveau besoin de son secours.



CHAPITRE XXXI.

De la fauſſe groſſeſſe & de l'extraction de la môle.

ON entend par fauſſe groſſeſſe, celle dans laquelle la matrice, au lieu d'un vrai fœtus, ne contient que du vent, de l'eau, des maſſes charnues, une môle & tels autres corps étrangers.

Tous ces déſordres de la nature ſont du reſſort de la Médecine & ne regardent point la Sage-femme; elle n'en doit avoir d'autre connoiſſance, que de les pouvoir diſtinguer de la vraie groſſeſſe, pour que le Médecin ne prenne point un fœtus vivant, pour un corps étranger, & ne le tue avec la meilleure intention du monde. Je vais parler de la môle, parce que celle-ci exige ſouvent le ſecours de l'Accoucheur ou de la Sage-femme.

La môle eſt un corps ou une maſſe irrégulière, ſpongieuſe, charnue & privée de vie, dans laquelle on trouve quelquefois de l'eau; du ſang & même ſouvent un petit embryon. On en rencontre quelques-unes couvertes d'hydatides ou des véſicules tranſparentes, attachées chacune par un pédicule à un corps ſpongieux, qui forment comme une grappe de raiſin.

La môle cauſée par la copulation, eſt produite dans la matrice par une fauſſe conception, dans laquelle l'œuf ſe corrompt par certaines cauſes, ou, comme on l'a déjà obſervé, par une portion du placenta d'un avorton, qui eſt reſté dans la matrice.

Les femmes qui voient leurs maris dans le tems de leurs ordinaires ou de leurs vuidanges, ſont plus ſujettes que les autres à engendrer des môles.

Il n'eſt pas aiſé de diſtinguer la môle ou la fauſſe conception de la vraie groſſeſſe, parce qu'il y a des ſignes qui ſont également communs à cette dernière & à la fauſſe. Les mamelles groſſiſſent également dans la première, que dans la ſeconde; le ventre a la même ſaillie, avec cette différence que celui d'une femme qui a une môle dans la matrice, groſſit plutôt & devient plus dur & plus douloureux, que dans la vraie groſſeſſe: j'ajouterai, que la tumeur n'a pas la même figure que dans la vraie groſſeſſe; elle eſt plus triangulaire & plus ſenſible lorſqu'on y touche.

Il eſt rare que la môle reſte plus de quatre mois dans la matrice: il y en a cependant quelques-unes qui y ont reſté des années entières, & que la nature a elle-même expulſées. Lorſque cela n'arrive point, & que l'orifice de la matrice eſt ſuffiſamment dilaté, on introduit la main dans ce viſcère, on la ſaiſit & on la tire dehors. Dans le cas où il en reſte quelque portion, on introduit de nouveau la main & on la retire.

Comme la ſortie de la môle eſt ordinairement accompagnée d'une perte de ſang conſidérable & de foibleſſes, on doit l'extraire avec beaucoup de précaution, ſur-tout, lorſqu'on ſe ſert des inſtrumens, dont l'application dans ce cas-ci eſt pour l'ordinaire plus nuiſible qu'utile. On eſſaie d'arrêter la perte, en appliquant de l'eau froide ſur le ventre de la femme, & en lui donnant des remèdes propres à la fortifier. Lorſque les douleurs commencent, elle doit les ſeconder, & faire les mêmes efforts, que ſi elle accouchoit naturellement; au moyen de quoi, la môle deſcend dans le vagin, d'où on la tire avec deux ou trois doigts.

La femme ainſi délivrée de ſa môle, doit ſe conduire en tout, comme ſi elle avoit véritablement accouchée.

Je ne dirai rien ici des caufes qui peuvent donner lieu aux môles. On me demandera, fi les vierges & les veuves chaftes font auffi fujettes à en avoir, que celles qui ont un commerce avec les hommes? je réponds à cela, qu'une môle formée par des caillots de fang ou par des hydatides, peut fe trouver dans les premières; mais elle n'eft pas la même que celles qui font formées par un embryon corrompu, ou par une portion du placenta, qui eft reftée dans la matrice; ces dernières proviennent d'un commerce avec les hommes.

Une Sage-femme, qui fe charge d'accoucher une femme qui a une perte de fang, doit bien fe garder de faifir l'orifice de la matrice, en croyant prendre une môle, & de ne point le tirailler; ce qui pourroit avoir des fuites funeftes. Pour les prévenir, elle doit introduire le doigt dans la matrice, & examiner foigneufement fi le premier corps qu'elle rencontre eft adhérent ou non à la matrice. Si elle peut couler le doigt entre-deux, je veux dire, entre la paroi de la matrice & la môle, c'eft une preuve qu'elle n'eft point adhérente, & elle peut la tirer avec le doigt.

Il peut fe trouver dans le vagin d'une femme enceinte ou non enceinte, un corps charnu, qui reffemble beaucoup à une môle, & qu'il faut par conféquent favoir diftinguer. Ce qui diftingue ce corps, eft qu'il eft adhérent à la matrice ou au vagin, dont on ne peut le détacher dans ce cas avec le doigt; c'eft alors que la Sage-femme doit faire appeller un Chirurgien expérimenté.



CHAPITRE XXXII.

Etat dans lequel se trouve une femme après avoir accouché.

IL arrive quelquefois, & même assez souvent, que le Magistrat, pour s'acquitter de son devoir, somme la Sage-femme de répondre aux questions suivantes, savoir : si telle femme a encore sa virginité, ou si elle a eu commerce avec un homme ou non? si ce qu'on dit de la grossesse de telle fille ou de telle femme mariée, est vrai ou faux? si telle femme a accouché ou non? si l'enfant qu'elle a mis au monde, est mort avant ou après l'Accouchement? mais cette dernière question regarde ordinairement la Chirurgie, & je renvoie le Lecteur au Traité que le célèbre CAMPER a donné à ce sujet sur les signes de vie & de mort dans les enfans qui viennent de naître.

Toutes ces circonstances exigent, qu'on connoisse très-exactement les parties de la femme qui servent à la génération dans un état sain & naturel, pour pouvoir en juger, lorsqu'elles sont malades ou endommagées.

Une fille est censée être vierge, tant que l'hymen subsiste : quoique la plûpart des Auteurs regardent ce qu'on dit de l'hymen comme fabuleux, on n'aura pas raison de croire, que cette membrane, même en tout âge, doive naturellement manquer, puisqu'on est assuré par l'Anatomie de son existence. Une fille est encore censée être telle, lorsque les parties externes ne sont ni flasques ni pendantes, mais au contraire dures & fermes, que les lèvres sont jointes l'une contre l'autre & l'urètre couvert. Lorsque les plis supérieurs & inférieurs du va-

gin ſe touchent, & que les lèvres ſont d'un rouge vermeil en dedans; ce qui dénote l'état naturel de ces parties. Lorſqu'une femme ſent de la douleur & rend du ſang, la prémière fois qu'elle couche avec un homme. Lorſque les circonſtances ſont telles que je viens de dire, on peut s'en tenir-là, & s'éviter la peine d'introduire le doigt dans le vagin, pour examiner la matrice, de crainte de déchirer l'hymen; ce qui eſt illicite.

Au cas que l'hymen exiſte encore, on ne doit pas croire pour cela que la femme ſoit vierge, vu qu'on a des exemples des femmes, qui, étant devenues enceintes, l'ont conſervé ſans être endommagé durant toute leur groſſeſſe.

Il ne s'enſuit pas non plus, de ce qu'on ne le trouve pas, qu'une fille ait perdu ſa virginité, car cette membrane peut ſe déchirer, ſans qu'elle ait eu commerce avec un homme; par exemple, par un effort extérieur, en montant à cheval, un ſaut, une chûte, &c. Elle peut auſſi diſparoître à la ſuite de quelque maladie, telles que les fleurs blanches, une inflammation, une deſcente du vagin ou de matrice, &c. par où les parties naturelles peuvent dégénérer au point, qu'on ne puiſſe s'aſſurer de ſon exiſtence. Perſonne n'ignore que les femmes publiques ont le ſecret de colorer & de reſſerrer leurs parties, par le moyen de certaines drogues aſtringentes, qu'elles emploient.

Il s'enſuit de ce que je viens de dire, qu'il n'y a que Dieu, & la femme que l'on viſite, qui ſachent ſi elle eſt vierge ou non. Le mieux que puiſſe faire un Accoucheur ou une Sage-femme, que le Magiſtrat queſtionne ſur ce ſujet, eſt de révoquer en doute, & de décrire toutes les circonſtances & les phénomènes que préſentent les parties naturelles.

Il arrive quelquefois que des femmes lascives, mariées ou non mariées, feignent pour certaines raisons, d'être enceintes.

Les signes de la vraie grossesse sont équivoques avant le mi-terme, mais passé ce tems-là, ils sont manifestes & même immanquables ; on peut les revoir à l'article qui traite de la vraie grossesse, & ensuite en dire son sentiment.

Il y a des circonstances qui empêchent de visiter une femme avec l'exactitude requise. Je mets de ce nombre le resserrement du vagin, l'hydropisie; &c. il faut alors la remettre jusqu'au tems de l'Accouchement.

Le contraire arrive, lorsque les filles ou femmes, guidées par la pudeur ou la crainte de perdre leur réputation, cachent leur grossesse. Celles-ci, quand elles ont le ventre relevé, attribuent cet accident à une hydropisie ou à un squirrhe; mais il est aisé de distinguer cette enflure de celle que la vraie grossesse occasionne. Dans l'hydropisie ascite ou du bas-ventre, ce n'est pas l'hypogastre seul qui est enflé, mais tout le bas-ventre, à moins que ce ne soit une hydropisie enkistée; ce qui est assez rare dans l'hypogastre, au lieu que dans la grossesse, l'enflure ne passe pas le nombril, du moins au quatrième & même jusqu'au cinquième mois. Dans l'hydropisie, l'enflure occupe les parties latérales du bas-ventre, de même que le milieu, au lieu qu'elle n'en occupe que le milieu dans la grossesse. *Voyez la Pl.* 3, *fig.* 1. Dans l'hydropisie, la rénitence du ventre est molle & cède facilement, au lieu qu'elle résiste davantage dans la grossesse. L'hydropisie n'est accompagnée d'aucune des incommodités ordinaires aux femmes grosses ; enfin dans l'hydropisie, à moins qu'elle ne soit très-peu considérable, on sent en frappant sur le ventre la fluctuation de l'eau,

ou pour mieux dire le contre-coup; ce qui n'a pas lieu dans la groſſeſſe. Il eſt vrai qu'il eſt plus difficile de diſtinguer la groſſeſſe d'avec l'hydropiſie de la matrice; mais outre que cette eſpèce d'hydropiſie eſt rare, on ſent dans cette hydropiſie, de même que dans l'aſcite, la fluctuation ou le contre-coup de la ſéroſité contenue dans la matrice, lorſqu'on frappe le ventre d'un côté, & qu'on applique l'autre main ſur l'autre.

A l'égard du ſquirrhe, il n'y a que celui de la matrice, qu'on puiſſe confondre avec la groſſeſſe, & ce ſquirrhe eſt rare & ne devient pas dans l'eſpace de quatre ou cinq mois auſſi gros que l'eſt alors la matrice d'une femme enceinte: à quoi il faut ajouter, que la rénitence du ſquirrhe eſt plus grande, que celle de la groſſeſſe; que le ſquirrhe n'arrive qu'à des femmes depuis long-tems malades, au lieu que la groſſeſſe arrive ordinairement à des femmes qui ſe portent très-bien; enfin que le ſquirrhe n'eſt point accompagné des incommodités ordinaires à la groſſeſſe. Il y a cependant des cas, où les femmes ſavent ſi bien diſſimuler leur état, & mentir ſi à propos, que l'Accoucheur, même le plus éclairé, reſte en ſuſpens & n'oſe pas prononcer affirmativement, de peur de faire tort à une femme ou fille d'honneur. Le mieux qu'il puiſſe faire dans ce cas, lorſqu'il n'a pas des preuves certaines de la groſſeſſe, eſt de ſuſpendre ſon rapport, juſqu'à ce qu'il n'en puiſſe plus douter.

La troiſième queſtion, ſi la femme a eu un enfant, ſoit depuis peu, ſoit depuis quelque tems, regarde principalement l'infanticide & l'expoſition d'un enfant dont on ſoupçonneroit.

Quand une femme eſt accouchée depuis peu de jours, on la diſtingue parmi celles qui ont leur évacuation périodique, au moyen des ſignes ſuivans.

1. Les

1.° Les parties naturelles & le vagin sont lâches, enflés & dilatés. 2.° L'orifice de la matrice est pareillement flasque, épais, ouvert, inégal & ridé; *Voyez la Pl. II. fig.* 5. *lit.* C. & *Pl. VI. fig.* 6. 3.° Le basventre est flasque, ridé & affaissé. 4.° Les mamelles sont tuméfiées & remplies de lait. 5.° Les lochies sont blanchâtres & exhalent une certaine odeur, que les Sages-femmes savent parfaitement distinguer de celle, que rendent les autres excrétions. 6.° Lorsqu'on examine ce cas dans les cadavres, l'on trouve encore, outre les phénomènes mentionnés ci-dessus, que la matrice n'est pas encore tout-à-fait rétrecie & épaisse.

Lorsqu'on visite une femme long-tems après qu'elle a accouché, pour savoir si elle est mère, il est alors plus difficile de faire un rapport. Voici les signes auxquels on doit faire attention.

1.° Le frein de la vulve est rompu & la fosse naviculaire effacée. 2.° On apperçoit sur le bas-ventre plusieurs raies transversales & blanches, qui s'étendent jusqu'aux mamelles, & ne ressemblent en rien à celles des autres cicatrices. 3.° Les mamelles sont flasques, les mamelons fort gros & entourés d'une aréole noirâtre, lors sur-tout que la mère a donné à tetter à son enfant. 4.° Les jambes & les fesses sont couvertes de taches bleuâtres. 5.° Le vagin est un peu dilaté & ses rides effacées en partie. 6.° L'orifice de la matrice n'est point entiérement fermé; il est saillant, rond & inégal, au lieu que dans tout autre cas, il est uni, égal, dur, pointu ou d'une figure conique, presque fermé, & sa lèvre antérieure plus longue que la postérieure.

Tous ces signes, du moins la plûpart, peuvent s'effacer avec le tems; mais les inégalités de l'orifice de la matrice restent; par exemple, la fente à la *fig.* 5. *lett.* C *de la Pl. II.*, & la dé-

chirure du frein de la vulve; ce ſont auſſi les indices les plus certaines, qui confirment l'état d'être mère; mais il y a d'autres cauſes extérieures qui peuvent occaſionner la rupture du frein, & l'orifice de la matrice peut avoir reçu ces cicatrices inégales par des ulcères: on doit dans ce cas examiner, ſi les deux parties ſont attaquées en même tems; car l'orifice de la matrice n'a pas ſubi un changement dans le premier cas, & le frein de la vulve dans le ſecond.

On doit encore obſerver, qu'une femme peut accoucher d'un avorton ou d'une môle, ſans que l'orifice de la matrice, ni le frein ſe déchirent & ſans laiſſer aucune marque qui puiſſe faire juger, ſi elle a fait une fauſſe-couche, ou ſi elle s'eſt délivrée d'une môle.

FIN DE LA I.e PARTIE.





ÉCOLE PRATIQUE
DES
ACCOUCHEMENS.

II. PARTIE.

Des Accouchemens laborieux & contre-nature en général.

POur que la nature puisse terminer l'Accouchement avec facilité & sans aide, il faut, comme je l'ai déjà dit à l'article de l'Accouchement naturel, 1.°, que la femme jouisse d'une bonne santé, & qu'elle accouche dans le tems requis, c'est-à-dire, d'un enfant à terme. 2.° Que le bassin & les autres parties de la génération aient une bonne conformation. 3.° Que l'axe de la matrice & de l'enfant aient la même direction que celui du bassin. 4.° Que les douleurs soient vraies, fortes & expulsives. 5.° Que l'enfant soit sain & bien conformé, & qu'il ait une

proportion convenable avec ſon paſſage. 6.° Ce dernier doit préſenter la tête ſeule au paſſage, & de façon qu'il ait le front tourné du côté de l'os ſacrum & l'occiput de celui du pubis, afin que la nature termine ſeule l'Accouchement au bout de ſix ou huit heures.

Lorſque quelqu'une de ces circonſtances manque, ou que l'enfant n'eſt expulſé par la nature que très-lentement & avec des accidens particuliers, l'on dit que *l'Accouchement* eſt *naturel* & *laborieux* : ſi au contraire l'enfant ne peut venir au monde par l'opération de la nature, mais uniquement avec le ſecours de l'art, je veux dire, en le tournant & terminant l'Accouchement par les pieds, ou à l'aide des inſtrumens ; l'on dit que *l'Accouchement* eſt *laborieux* & *contre-nature*.

On peut rencontrer des cas, où l'Accouchement eſt long & laborieux, ſans qu'il ait des mauvaiſes ſuites ; mais il peut y en avoir d'autres, qui le rendent non-ſeulement difficile & contre-nature, mais même abſolument impoſſible. Les vices qui retardent l'Accouchement, peuvent ſe trouver dans la mère ou dans l'enfant, ou dans l'une & l'autre enſemble. Je vais les détailler chacun en particulier.

CHAPITRE I.

De l'Accouchement laborieux, occaſionné par les défauts corporels de la mère.

LES défauts de la mère, qui retardent l'Accouchement & le rendent pénible & laborieux, ſont en très-grand nombre ; mais on peut les réduire aux défauts ſuivans :

1 Les vices du baſſin.

2 Les vices des lèvres de la vulve.

3 ——— du vagin.

4 ——— de l'orifice de la matrice.

5 ——— de la matrice.

6 ——— des parties contigues.

7 ——— des douleurs.

8 ——— des forces de la mère.

J'ai déjà parlé des vices du bassin, dans la description que j'en ai donné, & je vais parler ici de ceux des parties molles.

ARTICLE I.

Des vices des grandes & des petites lèvres de la vulve.

Lorsqu'une femme accouche pour la première fois, on s'apperçoit aisément, que plus le vagin est dilaté par la descente de la tête de l'enfant, plus les grandes lèvres, qui sont contigues au vagin, se retirent en dedans; & c'est la raison pour laquelle leur gonflement peut retarder l'Accouchement & le rendre laborieux. Elles méritent par conséquent toute l'attention des Accoucheurs & des Sages-femmes. Je mets au nombre des vices des grandes lèvres:

1.° Leur enflure œdémateuse.

2.° Une tumeur sanguine.

3.° Leur inflammation & les abcès.

4.° Leur dureté & leur rénitence.

SECTION I.

L'enflure œdémateuſe des grandes lèvres.

Les grandes & les petites lèvres ſont quelquefois vers la fin de la groſſeſſe extraordinairement enflées; ce qui empêche la femme enceinte de marcher, & l'oblige quelquefois plusieurs ſemaines avant d'accoucher, de garder le lit, parce qu'elle ne peut point approcher les cuiſſes l'une contre l'autre.

Ces ſortes d'enflures ſont quelquefois très-conſidérables, blanches & tranſparentes, & cauſent à la femme une tenſion douloureuſe. Elles ſont occaſionnées par la preſſion de la matrice ſur les veines iliaques, & par la difficulté du retour du ſang des parties inférieures.

Comme la cauſe de ces enflures peut ſubſiſter tant que la matrice n'eſt pas vuidée, il eſt évident que les remèdes topiques, tels, par exemple, que les fomentations aſtringentes, ne peuvent être d'une grande utilité; mais lorſque les lèvres ſont ſi conſidérablement enflées, lorſque l'Accouchement approche, qu'elles s'oppoſent au toucher, elles peuvent retarder l'Accouchement & le rendre très-pénible & très-douloureux: il faut dans ce cas les inciſer, même juſque dans le corps graiſſeux, pour que la ſérosité qu'elles contiennent, puiſſe s'écouler pendant les douleurs de l'enfantement, au moyen de quoi l'enflure ſe diſſipera ſouvent en peu de tems. Lorſqu'on néglige de faire ces inciſions, elles peuvent ſe gangréner, à cauſe du frottement & des contuſions qu'elles éprouvent.

On eſt quelquefois obligé, chez des femmes craintives, d'appliquer des véſicatoires, partie ſur les lèvres, après en avoir raſé le poil & partie ſur les cuiſſes; ce qui ne peut avoir un effet auſſi prompt ni auſſi efficace, que la première opération.

SECTION II.

La tumeur ſanguine de grandes lèvres.

Il arrive quelquefois que les grandes & petites lèvres, le vagin & même toute la vulve ſont ſi remplis de ſang extravaſé dans le tiſſu cellulaire, qu'elles ſont rouges, bleuâtres, enflées, dures & douloureuſes, & s'enflamment; ce qui occaſionne un Accouchement très-douloureux & très-laborieux; & dans le cas, où la femme ſeconde ſes douleurs avec force, les lèvres & le vagin peuvent ſe déchirer, d'où s'enſuivent une hémorrhagie dangereuſe, des ulcères malins & même la gangrène.

Il faut dans ce cas-ci ſaigner promptement la femme du bras ou du pied, la faire coucher & baſſiner continuellement la vulve avec des compreſſes trempées dans du lait tiède. Dans le cas, où il y a du danger, on retournera l'enfant & on l'extraira par les pieds.

SECTION III.

L'inflammation & l'abcès de grandes lèvres.

Il arrive dans les Accouchemens lents & laborieux, que non-ſeulement les grandes & les petites lèvres s'enflamment, mais auſſi les plis du vagin. Ces parties enflées & enflammées ſont pendant l'expulſion de la tête de l'enfant très-douloureuſes; elles ſe deſſéchent & s'échauffent; ce qui retarde l'Accouchement & le rend laborieux: de plus, cette inflammation ſe termine très-ſouvent après l'Accouchement par une gangrène, qui peut cauſer la mort à la femme. Il faut dans ce cas-ci avoir promptement recours à la ſaignée, qu'on réitérera ſelon le beſoin; donner intérieurement des remèdes antiphlogiſtiques,

& faire appliquer ſur la partie le cataplaſme émollient, ſur-tout avec l'eau de Goulard.

Si cette tumeur annonce la ſuppuration, il faut y appliquer l'onguent de la mère & le cataplaſme par deſſus, & l'ouvrir le plutôt qu'il eſt poſſible le plus bas que l'on peut, ſans quoi on auroit à craindre des très-mauvaiſes ſuites.

SECTION IV.

La dureté & la rénitence de ces parties.

Les femmes avancées en âge, ou qui pour la première fois deviennent enceintes paſſé leur 40e année, ont les parties moins extenſibles, & ſont par conſéquent ſujettes à des Accouchemens longs & laborieux.

Tout ce qu'on peut faire dans pareil cas, eſt de les exhorter à la patience & de ramollir leurs parties avec des demi-bains, la vapeur de l'eau chaude & des injections dans le vagin.

ARTICLE II.

Des vices du vagin.

Les vices du vagin ſont d'une plus grande importance que ceux des lèvres; mais nonobſtant l'on obſerve ſouvent, que la ſage nature les vainc d'une manière ſurprenante. On met au nombre des vices du vagin:

1.° Son étroiteſſe contre-nature.

2.° La réunion du vagin.

3.° L'exiſtence de l'hymen ou de telle autre membrane contre-nature.

4.° Les tumeurs.

5.° Sa chûte.

6.° Sa hernie.

7.° Son inflammation.

8.° Les ulcères & excoriations douloureuſes.

9.° Sa trop grande ſéchereſſe.

10.° Ses contractions convulſives.

11.° Son ouverture dans le rectum.

12.° ——————— au-deſſous du nombril.

SECTION I.

L'étroiteſſe contre-nature du vagin.

On trouve des femmes, dont le vagin eſt ſi étroit, ſoit par un vice de conformation, ſoit en conſéquence des cicatrices & des duretés qui s'y ſont formées après des ulcères ou des déchiremens, qu'on peut à peine y introduire le doigt, & qui cependant ſont devenues enceintes ſans l'intromiſſion du membre viril, la ſemence n'arroſant que les parties externes de la femme. On a de plus obſervé, que le pouvoir admirable de la nature a pu dilater le vagin en moins de 18 heures, & heureuſement terminer l'Accouchement ſans le déchirement de ces parties.

Quelque étroit que ſoit le vagin, l'on ne doit pas déſeſpérer du ſucc s de l'Accouchement. On lit dans les Mémoires de l'Académie des ſciences, qu'une femme mariée depuis 10 ans, avoit le vagin ſi étroit, qu'on pouvoit à peine y introduire le tuyau d'une plume à écrire : cette femme, dont les menſtrues n'avoient point d'iſſue libre, ſentit dans le tems qu'elles avoient coutume de paroître, une tenſion douloureuſe dans ſes parties

naturelles, & devint enceinte dans la onzième année de son mariage. Son Chirurgien opina, qu'elle ne pourroit jamais accoucher. Le vagin cependant commença à se dilater vers le cinquième mois de sa grossesse, au point, qu'au bout du terme il fut assez ouvert, pour lui procurer un Accouchement heureux.

Il faut dans ces sortes de cas, s'en rapporter à la nature, & supposé qu'elle n'ait pas assez de force pour surmonter cet obstacle, le lever avec des morceaux d'éponge préparés, un dilatatoire du vagin, &c.

SECTION II.

La réunion du vagin.

Il arrive quelquefois après des Accouchemens laborieux ou pour autres causes, que les plis du vagin s'ulcèrent & se collent ensuite en tout ou en partie. Ce vice paroît moins aisé à surmonter que les autres, & cependant on trouve des exemples, que la nature seule ou avec le secours de l'art, est venue à bout de le surmonter, sans qu'on ait été obligé d'avoir recours à l'opération césarienne. Il faut dans ce cas-ci, pour que l'Accouchement ait lieu, faire une ouverture à cette partie par incision, & au cas qu'on rencontre des duretés qui l'empêchent, les enlever: cette incision est plus facile, lorsque les lèvres s'étant réunies, bouchent seules l'orifice du vagin.

SECTION III.

L'existence de l'hymen.

Il arrive souvent chez les jeunes filles, que l'hymen bouche entiérement le vagin, & que le sang menstruel ne pouvant

avoir ſon cours, occaſionne des douleurs & des tumeurs inflammatoires dans la circonférence de cette partie. Un coup de lancette ſuffit pour lever cet obſtacle. Dans le cas où cette membrane ſoit trop coriace, & ne ſe déchire point tout-à-fait par la lancette ou par le coït, & que la femme devient enceinte, on apperçoit, lorſque le tems de l'Accouchement eſt venu, & que le ſommet de la tête de l'enfant ſe préſente à l'orifice du vagin, une membrane ſémi-lunaire, qui s'oppoſe à ſa ſortie; il faut alors l'inciſer avec des ciſeaux ou tel autre inſtrument.

SECTION IV.

Les tumeurs dans le vagin.

Les tumeurs dures, les polypes, &c. qui rempliſſent le vagin, peuvent totalement empêcher l'Accouchement; & c'eſt dans des cas pareils, que quelques Auteurs recommandent la ſection céſarienne; mais puiſque l'on peut avec plus d'aiſance couper ou lier ces tumeurs, ſur-tout les polypes, & que cette opération n'eſt point accompagnée de tant de danger, que celle de la ſection céſarienne; puiſque l'hémorrhagie s'arrête durant l'Accouchement, par la compreſſion de la tête de l'enfant ſur ces parties, & après l'Accouchement, par la contraction du vagin : il eſt bien plus avantageux d'emporter ces tumeurs avant l'Accouchement, à moins qu'on ne s'apperçoive qu'elles ſont de peu de conſéquence, & que la nature peut vaincre l'obſtacle qu'elles oppoſent à la ſortie de l'enfant.

SECTION V.

La chûte du vagin.

Lorſque le vagin, pour quelque cauſe que ce ſoit, ſort en tout ou en partie hors de la vulve, il n'oppoſe aucun obſtacle

à l'Accouchement, mais lorſque pendant ce dernier on n'a pas la précaution de faire rentrer la partie qui ſort, elle peut ſe couler entre la tête de l'enfant & la ſortie du baſſin, où elle peut être contuſée & excoriée au point, que l'inflammation & même la gangrène ſurviennen ; ce qui donne occaſion à une couche ennuyeuſe & pénible.

La Sage-femme doit avoir la précaution dans le commencement du travail, de repouſſer avec deux doigts le bourrelet du vagin relâché le plus haut qu'elle peut, & l'y maintenir, juſqu'à que la tête de l'enfant ſoit placée deſſus, pour empêcher ſa chûte.

SECTION VI.

La hernie du vagin.

Il arrive quelquefois qu'une portion du rectum ſe coule dans le vagin, en ſort & cauſe une hernie, que l'on croit être celle du vagin même. Cette portion eſt remplie d'excrémens endurcis, qui rétreciſſent le paſſage, par lequel l'enfant doit ſortir. Il faut dans ce cas-ci les évacuer par le moyen de quelques lavemens.

Il arrive auſſi que la veſſie urinaire tombe dans le vagin, & qu'étant remplie d'urine, elle ſoppoſe non-ſeulement à la ſortie de l'enfant, mais elle peut auſſi crever, à cauſe des efforts qu'il fait ; ce qui peut avoir des ſuites mortelles. Il faut dans ce cas la vuider le plus promptement qu'il eſt poſſible avec l'algalie.

SECTION VII.

L'inflammation du vagin.

Toutes les fois que les plis du vagin, ſeuls ou en même tems les lèvres de la vulve ſont attaquées d'une inflammation, ac-

compagnée d'une tumeur, non-feulement le paffage pour l'enfant fe rétrecit, mais les douleurs font plus fenfibles à la femme qu'à l'ordinaire; ce qui eft caufe qu'elle ne peut pas bien les aider, que le vagin fe defféche, & que par conféquent l'Accouchement eft retardé. Il faut alors faigner la femme, lui prefcrire des remèdes propres à diminuer l'inflammation, & lui injecter dans le vagin une décoction faite avec des herbes émollientes.

SECTION VIII.

Les ulcères & excoriations douloureufes du vagin.

Les femmes, dont les parties font affectées d'un virus vénérien, ont fouvent le vagin rempli d'ulcères, qui l'empêchent de fe dilater autant qu'il le faut dans l'Accouchement, fans leur caufer des douleurs très-aigues. Elles ne peuvent faire valoir les douleurs, elles tâchent au contraire de les diminuer, ce qui retarde l'Accouchement. On doit tâcher d'amollir le vagin pour adoucir les douleurs, avec des injections faites avec de l'huile & le mucilage de racine de guimauve ou des pépins de coin, & la fumée de l'eau chaude. On exhortera encore la femme à foutenir fes douleurs, puifqu'elle mérite ordinairement ce châtiment.

SECTION IX.

La fécherefſe du vagin.

Sur la fin de la groffeffe & fur-tout durant l'Accouchement, il fort des glandes pituitaires de l'orifice de la matrice & du vagin une mucofité, qui humecte, relâche & lubrifie toutes les parties, par lefquelles l'enfant doit fortir, & empêche le frottement que la tête de l'enfant leur peut caufer. Lorfque cette mucofité n'eft pas affez abondante, ou qu'on l'enleve à plu-

ſieurs repriſes avec le doigt, le vagin ſe deſſéche entiérement. Il faut dans ce cas, au défaut de la mucoſité naturelle, y injecter l'artificielle, faite avec une diſſolution de gomme arabique, des pépins de coin, de la racine de guimauve, &c. mêlée avec de l'huile.

SECTION X.

Les contractions convulſives du vagin.

Il n'eſt pas rare d'obſerver chez les femmes qui ont le ſyſtême nerveux très-ſenſible, que le vagin tombe dans des contractions convulſives, qui empêchent la ſortie de l'enfant, ou qu'après que la tête eſt ſortie, ſerrent auſſi fortement ſon tronc, que s'il étoit enveloppé d'un gant de cuir. L'orifice du vagin ſerre auſſi quelquefois le cou de l'enfant, lorſqu'on l'extrait par les pieds, & avec tant de force, qu'on lui arracheroit plutôt la tête, que de la tirer dehors. On doit, pour appaiſer ces mouvemens convulſifs, donner à la malade quelques gouttes anodines, lui preſcrire le repos, lui oindre le vagin avec de l'huile & y joindre la vapeur de l'eau chaude. Après que ces contractions ſpaſmodiques ſeront un peu calmées, on repouſſera l'orifice du vagin en arrière, en le gliſſant ſur la tête de l'enfant, & l'on préviendra pendant ce manuel, le déchirement du périnée.

SECTION XI.

L'ouverture du vagin dans le rectum, ou au-deſſous du nombril.

On a vu avec étonnement que la nature a choiſi chez quelques femmes un endroit contre-nature, pour y placer le vagin & la vulve. Comme ce jeu de la nature eſt extrêmement rare, il convient d'en parler ici; car s'il arrive qu'une pareille femme

devienne enceinte, l'Accoucheur ne ſait comment s'y prendre pour la délivrer. Les obſervations qu'on a faites ci-deſſus, prouvent que dans ces ſortes d'occaſions, on ne doit point déſeſpérer de ſauver la femme, lorſqu'elle a aſſez de courage, & l'Accoucheur aſſez de génie pour terminer l'Accouchement par les pieds; par une inciſion convenable ou autre manuel, que le bon ſens lui dicte. L'obſervation ſuivante eſt du célèbre Huxham, & peut donner beaucoup de lumière dans des occurrences pareilles.

Une femme âgée de 23 ans épouſa un batelier fort & vigoureux & devient enceinte, quoiqu'elle n'eut qu'une petite ouverture au-deſſous du nombril, dans laquelle on pouvoit à peine introduire le doigt: cette ouverture ſervoit d'iſſue au flux menſtruel & à l'urine; & ce fut par ce même endroit, qu'elle devint enceinte. Deux travers de doigt au-deſſous du nombril, il y en avoit une ſeconde, qui admettoit à peine l'introduction du petit doigt. Sous ces deux ouvertures, il y en avoit une troiſième; c'étoit l'anus, lequel étoit placé dans l'endroit où il a coutume de l'être. L'Accoucheur qui y fut demandé, ſonda avec le petit doigt la première ouverture, & n'y trouva point d'orifice de la matrice: il s'apperçut que la ſeconde ouverture étoit ſéparée de la première, par une forte membrane & il ſoupçonna que c'étoit dans la première ouverture qu'aboutiſſoit l'orifice de la matrice. Le terme de l'Accouchement approchoit: l'enfant s'agitoit vivement, les pâmoiſons & les défaillances de la mère, les douleurs violentes qu'elle éprouvoit, & durant leſquelles le vagin ne ſe dilatoit point, étoient cauſe que l'Accoucheur & les aſſiſtans craignoient, & avec raiſon, pour la vie de la femme. L'Accoucheur qui avoit le cœur naturellement compatiſſant, & qui vouloit la ſauver, s'y prit de la manière que voici: il introduiſit un biſtouri dans la ſeconde ou-

verture, & incisa la membrane & toutes les parties molles qui les séparoient; il introduisit ensuite la main dans l'orifice de la matrice, qui se dilata, & dans lequel il sentit la tête de l'enfant, dans la bouche du quel il introduisit deux doigts, & en tira une fille bien faite & bien portante. La mère est restée vivante, la plaie pour la plûpart fermée, & il ne lui restoit d'autre incommodité, qu'une petite descente.

On a vu des femmes qui n'avoient ni grande fente, ni vagin, & dont l'urètre étoit placé à la région ordinaire du pubis. L'orifice de la matrice s'ouvre alors dans le rectum; & c'est par cet endroit que les femmes conçoivent & accouchent. Ce fut par ce même endroit que Mr. Hoffmann, Chirurgien-Major des hôpitaux militaires à Maëstricht, accoucha la femme d'un Capitaine. J'en ai vu une autre, dans laquelle l'orifice du rectum étoit placé au milieu du vagin. L'anus étoit tellement effacé, qu'il n'en restoit pas le moindre vestige.

ARTICLE III.

Des vices de l'orifice de la matrice.

Les vices de l'orifice de la matrice ont des conséquences infiniment plus dangereuses que ceux du vagin, & exigent souvent le secours de l'art, quoique la nature y remédie quelquefois elle-même. Ces vices sont :

1.° La réunion de l'orifice de la matrice.
2.° La dureté de ses bords.
3.° Les tumeurs qui s'y forment.
4.° Son inflammation.
5.° Sa chûte ou descente.
6.° Sa contraction convulsive.

SEC-

SECTION I.

La réunion de l'orifice de la matrice.

On a obſervé que quelques femmes ont l'orifice de la matrice fermé pendant tout le tems que leur groſſeſſe dure, ce qui peut provenir de deux cauſes; par exemple, des ulcères qui s'y forment, de ce qu'il s'eſt déchiré dans l'Accouchement qui a précédé, & s'eſt fermé après que la femme a eu conçu. A l'égard de celles qu'on prétend être venues au monde avec l'orifice de la matrice tout-à-fait fermé & réuni, il paroît, qu'il doit avoir eu une petite ouverture du tems de la conception, qui après s'eſt fermée durant la groſſeſſe.

On s'apperçoit de ce vice, lorſqu'introduiſant le doigt dans le vagin dans le fort des douleurs, on ſent deſcendre une portion de la matrice dans le vagin, ſans que l'orifice de la matrice s'ouvre. Il faut dans ce cas l'inciſer avec une lancette cachée, dont la pointe ne ſoit pas trop aigue, en la conduiſant le long d'un doigt de la main gauche, juſqu'à l'orifice. On doit faire cette inciſion avec beaucoup de précaution, ſur-tout lorſque les douleurs ſont violentes, de crainte de percer la tête de l'enfant. Il faut auparavant s'aſſurer, ſi cet orifice eſt véritablement fermé; car il arrive ſouvent la première fois qu'une femme accouche, qu'on ne peut le trouver, ſoit dans le fort, ſoit hors des fauſſes douleurs, & que lorſque les vraies ſurviennent, il s'ouvre & ſe dilate peu à peu, pour donner paſſage à la tête de l'enfant. C'eſt à quoi l'on a à réfléchir, pour ne pas faire une opération inutile & dangereuſe.

SECTION II.

L'endurciſſement des bords de l'orifice de la matrice.

Le rétreciſſement du col de la matrice, cauſé par des ulcères

& des excoriations du tems de l'Accouchement & par d'autres maladies, peuvent de même endurcir son orifice & rendre ses bords calleux. Lorsqu'on s'apperçoit de cette incommodité quelque tems avant l'Accouchement, l'on doit tenter sa résolution avec le mercure, la ciguë & autres remèdes résolutifs; mais si la femme est en travail, l'on doit faire une incision dans l'orifice de la matrice, & terminer l'Accouchement par les pieds. On ne doit pas se fier à la vapeur de l'eau chaude, que quelques-uns ont recommandée dans cette circonstance.

Mr. Simson nous instruit lui-même de la manière dont il se conduisit dans une pareille occasion : ayant été appellé auprès d'une femme, qui étoit en travail depuis trois jours, & dont il avoit inutilement tenté de dilater l'orifice de la matrice, il s'apperçut que les parois du col de ce viscère étoient collées ensemble; ce qui l'obligea d'y faire une incision d'environ un demi-pouce de profondeur; mais cela ne lui procura pas assez d'ouverture, nonobstant que la tête de l'enfant s'y engagea, & il fut obligé de faire plusieurs autres incisions tout autour du bord calleux de l'orifice, avant que l'Accouchement pût avoir lieu. Il nous assure qu'il ne sortit aucune goutte de sang, & que la femme ne sentit aucune douleur. M. Henkel pratiqua dans un pareil cas ces incisions, & avec le même succès. L'Accoucheur qui les fait, ne doit craindre aucune hémorrhagie, & ne point s'effrayer, quand il en surviendroit une, vu que ces sortes d'hémorrhagies sont peu considérables. Les parties endurcies rendent très-peu de sang, & au cas qu'il en survienne, on peut aisément l'arrêter, en appliquant sur la plaie un morceau d'amadou, que l'on contient avec la main. Mr. Louis dans son Mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice, nous a

donné la méthode d'agrandir son orifice, par le moyen d'une espèce de ciseaux droits, dont les lames, longues d'un pouce, ont le dos tranchant.

SECTION III.

Les tumeurs à l'orifice de la matrice.

Les tumeurs qui se forment à l'orifice de la matrice, rendent l'Accouchement toujours laborieux, & même impossible lorsqu'elles sont considérables. Hildanus a vu mourir une femme le septième jour du travail, & trouva, en ouvrant son cadavre, la matrice déchirée & la tête de l'enfant tombée dans la cavité du bas-ventre. La cause de cet accident étoit une tumeur squirrheuse aussi grosse, que la tête d'un enfant, placée à l'orifice de la matrice. Amand a pareillement trouvé une tumeur squirrheuse à l'orifice de la matrice, d'une telle grosseur, qu'on croyoit, en la touchant, sentir la tête ou les fesses de l'enfant. Ce dernier vint à bout d'accoucher la femme, parce que toutes les parties de l'enfant étoient pourries & flétries. Bartholin nous a communiqué une pareille observation.

Comme, dit Mr. Simon, dans son excellent Traité sur l'opération césarienne, l'ouverture de l'orifice de la matrice doit être proportionnée avec le corps, auquel il sert de passage; il s'ensuit, que les tumeurs squirrheuses considérables doivent absolument empêcher le passage de l'enfant. Lorsqu'on ne peut enlever ces tumeurs qui forment cet obstacle, il faut avoir recours à l'opération césarienne. Si l'on extirpoit ces tumeurs durant le travail, l'irritation que l'on occasionneroit, jointe à la communication qu'ont les vaisseaux sanguins avec ceux de la matrice, causeroit une hémorrhagie dont les suites pourroient être funestes.

Comme l'opération céſarienne n'eſt pas moins dangereuſe, le plus prudent, lorſqu'on peut extirper ces ſortes de tumeurs, eſt de préférer cette opération à l'autre.

SECTION IV.

L'inflammation de l'orifice de la matrice.

Il arrive quelquefois, même dans l'Accouchement ſimple ou naturel, que l'orifice de la matrice eſt affecté en tout ou en partie d'une inflammation, c'eſt-à-dire, dans ſa lèvre antérieure ou poſtérieure. On s'apperçoit au toucher que cet orifice eſt épais, dur, ſec, douloureux & brûlant. Il faut dans ce cas recourir à la ſaignée & aux topiques qui peuvent l'appaiſer. La décoction de ſemence de lin & d'eau de ſaturne en forme d'injection, eſt excellente pour cet effet.

SECTION V.

La deſcente de l'orifice de la matrice.

Lorſqu'une portion de la matrice tombe avant l'Accouchement dans la cavité du baſſin, ſans que cette dernière partie ſoit trop large, elle eſt preſſée par la tête de l'enfant contre ſa paroi oſſeuſe; ce qui rend l'Accouchement long & douloureux. Il faut alors que la femme ſe couche ſur ſon lit, les feſſes fort élevées, & que l'Accoucheur retienne avec ſes doigts cette partie, juſqu'à ce que la tête de l'enfant ſoit ſortie.

SECTION VI.

La contraction convulſive de l'orifice de la matrice.

On obſerve quelquefois, durant les fauſſes douleurs, que

l'orifice de la matrice se contracte tellement, qu'il se montre tout-à-fait dur au toucher, & les douleurs poussent la matrice de bas en haut. Cette contraction spasmodique de l'orifice & du col de la matrice, rend l'Accouchement plus pénible & plus laborieux, que les douleurs naturelles: il faut donc employer l'opium. Cette contraction augmente quelquefois, lorsque la tête de l'enfant est hors de l'orifice de la matrice; si alors cette convulsion dure longtems, l'enfant est étranglé, la circulation du sang de la tête est interrompue, & l'enfant meurt. Il est vrai que lorsqu'on l'extrait par les pieds, ses deux bras placés à côté de la tête, l'on prévient cet étranglement; mais on trouve quelquefois de grandes difficultés à surmonter, à cause de cette contraction, avant de pouvoir terminer l'Accouchement. Lorsque l'Accoucheur est obligé, soit à cause de la mauvaise position des bras, soit à cause de la tête ou pour d'autres raisons, de dégager les premiers & de les tirer, il doit pendant cette opération, bien soutenir l'enfant de l'autre main, sur-tout, lorsqu'il y a une forte douleur expulsive; & après avoir tiré les deux bras, placer le pouce sous son menton, & l'index & le doigt du milieu à côté du nez, & même dans sa bouche, quand le cas l'exige: on tire doucement avec l'une des mains les pieds de l'enfant, & de l'autre on comprime le menton contre la poitrine; on recommande à la femme de bien faire valoir ses douleurs, & c'est ainsi qu'on termine l'Accouchement. *Voyez la Pl. X. fig.* 8. *& la Pl. XI. fig.* 10.

ARTICLE IV.

Des vices de la matrice.

Les obstacles les plus remarquables dans l'Accouchement naturel, peuvent provenir de la matrice même, & les vices

auxquels elle eſt ſujette, méritent la plus grande attention. On compte parmi les principaux:

1.° Sa poſition oblique.

2.° Sa hernie.

3.° Son inflammation.

4.° La gangrène.

5.° Son inertie.

6.° Son déchirement.

7.° Sa ſéparation du vagin.

8.° Son hémorrhagie.

SECTION I.

La poſition oblique de la matrice.

La plûpart des Ecrivains modernes font mention de l'obliquité de la matrice, & nous ſommes redevables de ſa connoiſſance à DEVENTER. Quelques-uns nient qu'elle ait lieu ou qu'elle puiſſe former un obſtacle à l'Accouchement, & de ce nombre ſont MM. CAMPER & CHAPMAN. La profeſſion que j'excerce, m'a mis à même de connoître, non-ſeulement que l'obliquité de ce viſcère a lieu, mais qu'elle peut encore rendre l'Accouchement long, laborieux & pénible.

La matrice eſt obliquement ſituée, lorſque ſon fond & ſon orifice ne correſpondent point avec l'axe du baſſin.

Dans ce cas-ci, l'Accouchement eſt laborieux, & quelquefois impoſſible ſans le ſecours de l'art, parce que la tête de l'enfant ne ſe trouve point directement dans la cavité du baſſin, mais preſſée contre ſa face oſſeuſe, vers laquelle l'orifice de la matrice eſt tournée.

On met au nombre des principales caufes de cette déviation ou obliquité de la matrice: le défaut de conformation primordiale, la trop grande courbure des os des îles, la difformité du baffin, la pofition trop haute de la matrice, l'implantation du placenta hors de fon fond, l'extenfion du colon, de la veffie urinaire, des ovaires ou autre tumeur contre-nature, qui pouffe la matrice hors de fon affiette naturelle. Ce vifcère peut auffi dévier chez les femmes boffues & boiteufes.

La matrice peut être obliquement fituée de quatre manières, favoir :

1°. Vers l'os des îles droit.

2°. ———————— gauche.

3°. vers l'os pubis.

4°. vers l'os facrum.

Ce font-là les quatre principales obliquités de la matrice, mais elle peut être déviée dans tous les fens poffibles par ces différentes caufes.

Cette obliquité peut être complette ou incomplette. Elle eft complette, lorfque l'orifice de ce vifcère eft tourné pour la plus grande partie ou entiérement vers la paroi des os du baffin, de manière, qu'on ne peut le toucher ni en tout, ni en partie. Elle eft incomplette, lorfque fon axe n'eft pas le même que celui du baffin, & qu'il eft tourné de façon, qu'on peut en toucher la moitié ou entiérement.

La matrice s'incline pour l'ordinaire de côté, rarement en arrière, & très-rarement en avant. Je vais traiter de chacune de ces obliquités en particulier.

On connoît l'obliquité de ce viſcère, à la forme extérieure du ventre, & en touchant ſon orifice.

Lorſque l'orifice de la matrice penche vers l'os des îles droit, on le connoît aux ſignes ſuivans:

1°. La groſſeur du ventre n'eſt point directement dans le milieu, mais du côté gauche.

2°. On ſent dans la cavité du petit baſſin, un corps rond & charnu, formé par la preſſion de la tête de l'enfant ſur le col de la matrice.

3.° L'orifice de la matrice eſt placé fort haut dans le baſſin, & porte ſur le bord inférieur de l'os des îles droit.

4.° Les eaux ne forment point une ſuperficie ronde & convexe, mais un oval alongé. *Voyez la Pl. VI. fig.* 5.

5.° Les douleurs, à cauſe de la contraction irrégulière de la matrice, ſont plus violentes & plus ſenſibles, & comme elles n'augmentent point la poche qui les renferme, & qu'elles ne font point avancer la tête de l'enfant, on les regarde ſouvent comme des douleurs fauſſes.

6.° Les eaux percent de bonne heure, & s'échappent toutes ſans que la tête avance au paſſage.

7.° La jambe & la cuiſſe gauche de la femme ſont ordinairement plus enflées que les droites, & elles lui cauſent une ſenſation ſourde.

Ce ſont-là les ſignes qui ſont connoître, que l'orifice de la matrice penche vers le côté droit, ils ſont oppoſés, lorſqu'il s'incline vers le gauche.

L'iſſue

L'iſſue de l'Accouchement, lorſqu'on n'emploie aucun ſecours, varie, ſelon que l'obliquité eſt complette ou incomplette.

Lorſque la matrice ne dévie qu'incomplettement, les douleurs fauſſes ſe changent peu à peu en douleurs vraies, & pouſſent la tête de l'enfant inſenſiblement en avant; & comme par ces mouvemens expulſifs, la tête reçoit une poſition oblique, on ſent la tumeur que cauſe ordinairement l'enfant en naiſſant ſur le ſommet de la tête, ſur le pariétal.

L'iſſue de l'Accouchement eſt bien plus déſavantageuſe, lorſque l'obliquité de la matrice eſt complette; car dans ce cas la violence des douleurs fait avancer la tête de l'enfant dans la même direction; ce qui eſt cauſe qu'il préſente ſouvent l'oreille au paſſage.

L'orifice & le col de la matrice ſe déchirent quelquefois, & pour lors, l'enfant peut s'affoiblir au point, qu'il meurt en venant au monde. Lorſque l'obliquité eſt très-conſidérable, il peut arriver que la preſſion violente de la tête de l'enfant ſur ces mêmes parties & ſur l'os des îles, s'enflamment & ſe gangrènent; ce qui empêche l'Accouchement, & eſt également funeſte à la mère & à l'enfant.

On ne doit point regarder cette obliquité de la matrice, quelque légère qu'elle puiſſe être, comme une choſe indifférente, ni s'en rapporter entiérement à la nature; mais remédier à celle qui eſt incomplette, en faiſant prendre une poſition convenable à la mère, & à celle qui eſt complette, en retournant l'enfant.

Lorſque l'obliquité de l'orifice de la matrice eſt cauſe qu'il

porte sur le bord inférieur de l'os des îles droit, il faut faire coucher la femme sur le même côté, pour que le fond de ce viscère s'affaisse & se porte vers le milieu du ventre, pendant qu'une aide souleve avec les deux mains, le ventre de la femme.

Au moyen de cette opération, le fond de la matrice se rapproche du côté droit; son orifice se trouve sur l'axe du bassin, se dilate davantage à mesure que les douleurs augmentent, & la tête de l'enfant s'avance, sans rencontrer aucun obstacle. La femme doit dans cette situation soutenir ses douleurs, jusqu'à que la tête soit entrée dans la cavité du petit bassin, & alors elle peut se recoucher sur le dos.

Lorsque la trop grande obliquité de la matrice est cause que la tête de l'enfant ne peut se rencontrer sur l'axe du bassin, ni entrer dans sa cavité, l'on doit, sans hésiter, retourner l'enfant, & l'extraire par les pieds.

La troisième espèce d'obliquité de la matrice est celle, dans laquelle son orifice est tourné vers la saillie de l'os sacrum, & son fond incliné en devant en forme de besace.

Voici les signes qui indiquent cette obliquité:

1.° Le bas-ventre s'affaisse tellement en forme de besace, que quand la femme est assise, il repose sur ses cuisses.

2.° La région des côtes est moins tendue & moins remplie, que lorsque la matrice est dans sa situation naturelle.

3.° Lorsqu'on introduit le doigt dans le vagin, l'on sent à l'entrée du petit bassin un corps rond & charnu, qui n'est autre chose que le col de la matrice, que l'occiput de l'enfant pousse dehors.

4.° On ne peut rencontrer l'orifice de la matrice, que lorſqu'on introduit toute la main dans le vagin.

5.° Le fond de la veſſie urinaire eſt ſi fort comprimé, que la femme eſt obligée d'uriner à chaque inſtant.

6.° La poche des eaux, formée par une partie des membranes, prend la même figure, que dans les autres obliquités de la matrice, & les douleurs ſont pareillement violentes, mais infructueuſes.

Cette eſpèce d'obliquité exige une attention particulière, pour ne point s'y méprendre. On ſait qu'à la fin de la groſſeſſe le fond de la matrice eſt incliné en devant; que l'orifice eſt parallele à ſon fond, & par conſéquent tourné vers la courbure ſupérieure de l'os ſacrum; c'eſt ce qui fait qu'on ne peut atteindre qu'avec peine à l'orifice de la matrice. Il peut arriver aiſément que la femme, pour des raiſons qu'on ignore, reſſente des douleurs fauſſes, ſans que le terme de ſon Accouchement ſoit encore arrivé. Si l'on s'imaginoit alors, que la cauſe de ces douleurs eſt la déviation de la matrice, l'on agiroit aiſément avec violence pour atteindre à ſon orifice, le vouloir dilater, en idée de tirer l'enfant par les pieds, en quoi l'on commettroit la plus lourde bévue. Il faut auparavant examiner, ſi ces fauſſes douleurs ſont les mêmes, dont j'ai parlé ci-deſſus, de même que les ſignes qui prouvent qu'elles ſont occaſionnées par l'obliquité de la matrice, dont j'ai également fait mention. J'ai dit auſſi que l'orifice de ce viſcère, à la fin de la groſſeſſe, étoit toujours tourné vers l'os ſacrum; & c'eſt pourquoi, l'on ne doit pas ſi légèrement ſe mettre en peine de cette obliquité de la matrice; car lorſque le tems de l'Accouchement eſt

venu, ſon orifice entre plus avant dans le petit baſſin, & ſe tourne ſur l'axe de ce dernier, au moyen de quoi, l'Accouchement ſe fait naturellement, & ſouvent en très-peu de tems.

Lorſqu'on s'apperçoit que les fauſſes douleurs ſont occaſionnées par l'obliquité du fond de la matrice, incliné en devant, & que le tems de l'Accouchement eſt venu, ce que l'on connoît aux eaux qui ſe préſentent & dilatent l'orifice de la matrice, malgré la difficulté qu'on trouve à y atteindre, on doit faire coucher la femme ſur ſon lit, les feſſes les plus élévées qu'on peut, lui faire ſoulever le ventre par les mains de deux aides, ſur-tout à chaque fois que les douleurs augmentent, au moyen de quoi la matrice avance dans la cavité du baſſin en peu de tems, ſon orifice ſe trouvera ſur l'axe du baſſin, & la femme accouchera heureuſement & promptement. Lorſqu'il arrive le contraire, l'enfant entre par l'occiput dans le baſſin, ce qui rend l'Accouchement très-laborieux, comme je le dirai ailleurs.

La 4° & dernière eſpèce d'obliquité de la matrice, dans laquelle ſon orifice porte vers les os pubis, eſt la plus rare, & me paroît preſqu'impoſſible. Il eſt vrai qu'on trouve des femmes, dont la conformation eſt ſi irrégulière, qu'on a de la peine à la décrire; mais lorſque cela eſt, elles doivent avoir les reins extrêmement ſaillans, pour que le fond de la matrice trouve un eſpace ſuffiſant pour s'y loger; ce qui peut arriver, car j'ai envoyé à Mr. SANDIFORT, célèbre Profeſſeur à Leyden un *cyphoſe*, ou une partie de la colonne vertébrale, dont quelques-unes des vertèbres du dos ſont jointes enſemble par leur corps aux vertèbres des lombes. Il eſt donc poſſible de rencontrer la région lombaire tellement ſaillante, que le fond de la matrice ne trouve aucune réſiſtance dans la cavité formée par cette ſaillie.

Lorfque cet accident arrive, & que les douleurs expulfives s'annoncent, on place la femme tranfverfalement fur fon lit, le corps appuyé fur fes coudes & fes genoux; on introduit la main, avec le dos de la même, tourné vers le pubis, entre fes feffes dans le vagin, & l'on fe fert des doigts pour rapprocher avec prudence l'orifice de la matrice & la tête de l'enfant de l'axe du baffin, & fi-tôt qu'elle eft fuffifamment engagée dans le détroit fupérieur, il faut faire mettre la femme fur le dos ou fur le côté, où elle doit refter jufqu'à la fin du travail, & abandonner le refte de l'opération à la nature.

S'il arrive en conféquence de l'obliquité de la matrice, que l'enfant prenne une pofition contre-nature, il faut le retourner fur le champ & l'extraire par les pieds, pour achever l'Accouchement, avant que les eaux s'échappent.

SECTION II.

La hernie de la matrice.

Les hernies inguinales, lorfqu'elles ne font point adhérentes au fac herniaire, difparoiffent ordinairement durant la groffeffe, parce que les inteftins remontent à mefure que la matrice fe diftend, & que fa capacité augmente. Les hernies ombilicales augmentent au contraire pour les mêmes raifons. La fortie de l'inteftin hors du nombril, devient quelquefois très-vifible dans le tems de l'Accouchement, & il peut fe former un étranglement, qui peut être fuivi d'une inflammation, & même d'une gangrène. Il faut donc auffi-tôt, même avant l'Accouchement, non-feulement faire rentrer l'inteftin, mais encore le contenir avec un bandage, qu'on affure avec la main, fur-tout pendant tout le tems, que les douleurs durent.

La hernie de la matrice eft d'une nature bien plus funefte,

& a beaucoup de rapport avec son obliquité, quoiqu'il y ait beaucoup de différence entr'elles. Lorsque la matrice dans les premiers mois, ou même avant la grossesse, se fraie une issue par l'anneau des muscles obliques, & qu'on ne la fait pas rentrer aussi-tôt, elle peut, de même que l'enfant, se développer & s'étendre dans le sac herniaire. SENNERT & RUISCH font mention de pareils accidens. La femme d'un tonnelier voulant aider son mari à plier un cerceau, reçut de l'un des bouts un coup violent dans l'aine gauche. Il lui survint quelque tems après une hernie inguinale, qui augmenta au point, qu'il fut impossible de la réduire, parce qu'elle étoit enceinte. La tumeur augmenta de jour en jour, & on la sentit très-distinctement à travers les mouvemens de l'enfant : elle devint enfin si considérable, que la femme fut obligée de la soutenir par le moyen d'un suspensoir, & qu'elle pouvoit la placer tantôt sur l'une & tantôt sur l'autre cuisse. Comme son état inquiétoit beaucoup ses parens & son mari, ils s'adressèrent à SENNERT, qui leur dit, qu'il n'y avoit pas d'apparence de pouvoir réduire la matrice & de l'accoucher par la voie naturelle, & qu'il falloit ouvrir cette tumeur pour extraire l'enfant. Le travail commença à la fin du neuvième mois; les douleurs furent fortes & de longue durée. On suivit le conseil de SENNERT, on ouvrit la matrice, & l'on en tira un enfant vivant, avec ses dépendances. On ne put faire rentrer la matrice après cette opération; on rapprocha les lèvres de la plaie au moyen d'une suture. La matrice se contracta peu à peu, & la femme paroissoit se bien porter, lorsqu'elle mourut inopinément de défaillance. On l'ouvrit sans pouvoir découvrir la cause de sa mort, parce que toutes les parties internes étoient dans leur état naturel.

Le fait que je viens de rapporter, ne prouve point tout-à-

fait, que l'opération césarienne soit, dans les hernies de la matrice, absolument néceffaire; car nous lisons dans les ouvrages de RUISCH, qu'une femme, ensuite d'un abcès dans l'aine, fut attaquée durant sa grossesse d'une descente, qui lui tomboit sur le genou. Les douleurs étant survenues, la Sage-femme fit rentrer la matrice & l'enfant qui étoit dedans, & accoucha la femme naturellement.

Dans le cas que SENNERT rapporte, la Sage-femme auroit dû pareillement faire des tentatives pour réduire la matrice, comme l'autre le fit dans le cas de RUISCH; mais on pourroit facilement soupçonner, que la matrice étoit adhérente au sac herniaire dans le premier cas, & qu'il fut par conséquent impossible de la réduire.

SECTION III.

L'inflammation de la matrice.

Lorsque la vulve & les rides du vagin sont considérablement enflées & enflammées, qu'il survient une fièvre avec frisson & chaleur, que le pouls est dur & petit, que la lassitude est considérable, que la malade a une soif insatiable, & la langue couverte d'une viscosité noirâtre; qu'elle a le ventre extrêmement sensible, & des nausées; que les douleurs sont vives, courtes & entrecoupées, la matrice est pour lors attaquée d'une inflammation, & l'on ne peut, du moins sans danger, s'en rapporter entiérement à la nature.

On doit dans ce cas-ci ne point épargner la saignée, & employer les remèdes tant externes qu'internes, qui peuvent appaiser l'inflammation, & comme les premières douleurs ne sont pas assez fortes, eu égard à celles que la femme éprouve, pour produire leur effet, & qu'elles diminuent, à cause de la vio-

lence de l'inflammation, l'Accoucheur doit employer ſes mains ou les inſtrumens, pour délivrer la femme le plutôt poſſible, s'il veut empêcher que la mère & l'enfant ne périſſent enſuite d'une gangrène.

SECTION IV.

La gangrène de la matrice.

Lorſque la gangrène eſt occaſionnée par l'inflammation de la matrice, ou par telle autre cauſe, les douleurs ceſſent pour l'ordinaire, & l'Accouchement ne peut s'effectuer par les forces ſeules de la nature. Il eſt donc néceſſaire de connoître les ſignes qui indiquent la gangrène de la matrice.

Cette funeſte maladie ſe manifeſte par l'odeur cadavéreuſe qui ſort du vagin; par la bouffiſſure de cette même partie; par des ardeurs & des douleurs dans les lombes, des pâmoiſons, la vîteſſe du pouls, & l'embrouillement de la tête, &c. Tous ces accidens ſe terminent ordinairement par la mort de la malade. Lorſqu'on voit qu'il n'y a plus d'eſpérance, l'on ne doit point, crainte de perdre ſa réputation, être aſſez inhumain, pour l'expoſer à une mort certaine; mais retourner adroitement l'enfant, ou terminer l'Accouchement avec le forceps. On lui fait prendre le camphre avec le quinquina, & après que l'Accouchement eſt fini, l'on injecte dans la matrice une décoction faite avec du vin rouge, du quinquina & du camphre.

SECTION V.

L'inertie ou atonie de la matrice.

Lorſque la matrice perd ſa ſenſation, ou en partie ou totalement

lement ſon élaſticité, ſa force contractive eſt très-foible, ou ceſſe tout-à-fait. Dans ce cas-ci, les douleurs commencent à ſe faire ſentir dans les lombes, ſans qu'elle ſe contracte, & lorſque l'on conſeille à la femme de ſoutenir ſes douleurs, les efforts qu'elle fait, pour expulſer l'enfant, paroiſſent plutôt provenir du diaphragme & des muſcles du bas-ventre, que de la matrice même.

Les femmes qui ſont dans le cas, dont je parle, meurent ſouvent ſubitement dans l'Accouchement, & pour l'ordinaire très-promptement après, ſoit que celui-ci ſoit accompagné d'une hémorrhagie, ſoit qu'il n'en ſurvienne aucune.

On ne s'apperçoit pour l'ordinaire de cet accident, que quand il eſt trop tard pour remédier; les Accoucheurs, même les plus expérimentés, peuvent s'y tromper, & les Sages-femmes, qui ſont moins expertes qu'eux, & qui ne ſont pas aſſez clair-voyantes pour le prévoir, ſont ſurpriſes, auſſi-bien que les aſſiſtans, de voir mourir une femme, qu'ils eſpéroient de voir accoucher heureuſement.

Cette inertie ou atonie de la matrice, eſt ordinairement occaſionnée par la diſtenſion que cauſent les eaux continues dans ſa capacité durant la groſſeſſe; par un épuiſement de forces, & par la foibleſſe de tout le corps; par la promptitude de l'Accouchement & l'extraction ſubite de l'arrière-faix; par le trop grand nombre d'Accouchemens qui ont précédé, & par toutes les cauſes qui affoibliſſent la matrice, & lui font perdre ſon élaſticité & ſes forces.

Dès qu'on découvre dans une femme en travail une extenſion extraordinaire de la matrice, accompagnée de douleurs foibles, & qu'on prévoit que l'Accouchement doit prompte-

ment ſe terminer, il faut lui défendre de faire valoir ſes douleurs, & faire en ſorte, qu'elles durent plus long-tems, pour que la matrice ait le tems de ſe contracter. Elle ne doit reſter ni aſſiſe ni courbée, mais étendue de ſon long ſur ſon lit, ne point aider ſes douleurs, mais les abandonner à la nature. On doit déchirer les membranes de bonne heure, & ſoulever la tête de l'enfant, pour donner iſſue à une bonne quantité d'eaux, & donner à la malade un bon bouillon, un verre de vin ou telle autre choſe ſemblable, pour ſoutenir ſes forces, à quoi rien n'eſt plus propre que l'infuſion de canelle & de quinquina. On lui frottera le ventre, durant & après l'Accouchement, avec de la flanelle imprégnée de la fumée de quelque plante ou drogue aromatique, & en cas de beſoin, on lui appliquera ſur le ventre une ſerviette pliée en double & trempée dans de l'eau froide.

Au cas que cette inertie de la matrice continue, & que les moyens qu'on a employés ſoient infructueux, on terminera l'Accouchement très-lentement, ſoit avec le forceps ou par les pieds.

Quelque prompt qu'ait été l'Accouchement, on ne doit pas s'imaginer pour cela que la femme eſt hors de danger, à moins que la matrice ne ſe contracte auſſi-tôt après qu'elle eſt délivrée. On doit continuer les remèdes, dont j'ai parlé ci-deſſus, & irriter doucement avec la main les parois de la matrice & de ſon orifice, pour l'obliger à ſe contracter.

Indépendamment des femmes qui meurent à la ſuite d'une hémorrhagie, qui ſurvient tout à coup, dans le tems qu'on s'y attendoit le moins, il y en a quantité d'autres qui périſſent par la même cauſe, quoique leur matrice conſerve encore une partie de ſon élaſticité. La force contractive de cet organe eſt tel-

lement affoiblie chez ces femmes, que lorfqu'on néglige de leur donner des potions cordiales, elles difparoiffent auffi promptement que la neige qu'on expofe au foleil.

SECTION VI.

Le déchirement de la matrice.

Il y a peu d'Ecrivains qui n'aient parlé des accidens que caufe le déchirement de la matrice. Lorfque celui-ci arrive, l'enfant tombe tout entier ou en partie dans la cavité du bas-ventre.

Voici les caufes qui peuvent occafionner le déchirement de ce vifcère:

1.° La violence exceffive des douleurs, qui oppofe un obftacle infurmontable à la fortie de l'enfant. On peut joindre à cette caufe l'étroiteffe & la mauvaife conformation du baffin; l'obliquité complette de la matrice; une tumeur ou réunion de l'orifice de ce vifcère ou du vagin; la pofition contre-nature de l'enfant, principalement celle dans laquelle il eft pofé de travers, & la groffeur démefurée de fa tête. Toutes ces caufes fuffifent pour déchirer la matrice, lorfque les douleurs font violentes, & qu'on les augmente par les efforts que l'on fait.

2.° Ce déchirement peut encore avoir lieu, lorfque l'enfant, étant fitué de travers dans la matrice, eft attaqué d'une forte convulfion, qui l'oblige de s'alonger; ou qu'étant fort & vigoureux & ayant la tête fort groffe, il appuie fes pieds contre le fond de la matrice pour fortir, la rompt & la déchire; ce qui n'arrive cependant pas facilement, à caufe de fa force & de fon épaiffeur.

3.° La fubftance de la matrice eft quelquefois très-mince, &

pour lors les douleurs les plus modérées suffisent pour la déchirer, lors sur-tout que le placenta s'attache de côté à ce viscère, ou qu'il y a dans certains endroits de ce même viscère quelques duretés ou ulcères, qui lui causent une contraction irrégulière. Le célèbre CAMPER, dans ses observations sur le Traité des maladies des femmes, par MAURICEAU, rapporte l'exemple d'une matrice qui étoit si mince, que l'enfant eut assez de force, pour la percer avec sa main droite. La matrice étoit environ à moitié au-dessus des os pubis & son fond, aussi mince, qu'une feuille de papier à écrire, & n'avoit depuis-là jusqu'à son fond, que la moitié de l'épaisseur du petit doigt. Le bras de l'enfant la perça dans l'endroit le plus mince.

4.° Ce déchirement peut encore être occasionné par une cause extérieure, par exemple, une chûte, un coup, une blessure, &c.

5.° Par une violence faite intérieurement à la matrice, par exemple, par la main rude & mal-adroite de l'Accoucheur, qui veut repousser l'enfant, sur lequel la matrice est fortement contractée, ou la dilater avec violence, ou, qui travaillant avec un instrument, perce ce viscère d'outre en outre. La matrice peut encore être déchirée par le fragment d'un os de l'enfant qu'elle renferme.

On a trouvé de pareils déchiremens dans tous les endroits de la matrice, mais plus communément dans l'extrêmité inférieure de son col, où elle est plus mince qu'ailleurs, lorsque la femme est enceinte. Il est quelquefois arrivé, que le vagin s'est déchiré & s'est détaché de l'orifice de la matrice, à cause de la violence qu'on lui a faite pour repousser la tête de l'enfant, ou quelqu'autre partie de son corps, qui s'y étoit enga-

gée, & trouver ses pieds. On a des exemples, que les Accoucheurs les plus clair-voyans & les plus expérimentés, ont quelquefois déchiré la matrice, lorsqu'ils ont voulu retourner un enfant, sur lequel la partie la plus mince de ce viscère étoit fortement contractée.

On connoît que la matrice est déchirée:

1.° Lorsqu'après des douleurs violentes & continues, l'enfant n'avançoit point au passage, & que la femme sent dans quelqu'endroit de ce viscère une douleur aigue, poignante & locale.

2.° Quand la femme & les assistans entendent subitement un craquement.

3.° Lorsque les douleurs disparoissent ou cessent tout d'un coup.

4.° Lorsque le pouls de la femme est foible & rapide; qu'elle devient pâle; que ses extrêmités sont froides, qu'elle tombe dans des foiblesses, des convulsions, &c. qui cessent & reviennent tour-à-tour.

5.° Lorsque la partie de l'enfant, qui se présentoit, disparoît ou se retire à une certaine distance de l'orifice de la matrice.

6.° Lorsqu'il survient une perte de sang.

7.° Lorsque la tumeur du bas-ventre, formée par la matrice, change tout à coup de place, & forme une saillie dans un autre endroit du bas-ventre.

8.° Lorsqu'on sent l'intestin à nud, en introduisant la main dans la plaie de la matrice.

9.° Lors enfin que l'on sent la moitié du corps de l'enfant,

engagée dans l'ouverture, ou, comme il arrive quelquefois, dans la cavité du bas-ventre.

Les ſuites de cet accident malheureux du déchirement de la matrice ne ſont pas toujours les mêmes & varient beaucoup: elles ſont ordinairement funeſtes, & la femme meurt tôt ou tard, à meſure que l'hémorrhagie ou la gangrène de la matrice attaquent ſes parties voiſines. La malheureuſe mère tombe communément dans des défaillances, des convulſions, & il lui ſurvient d'autres accidens, qui ſont les avant-coureurs de la mort.

Il arrive rarement que la mère échappe, ou ſi ce bonheur lui ſurvient, c'eſt uniquement parce que l'enfant qui ſe trouve en partie engagé dans l'endroit où la matrice eſt dechirée, en ſort auſſi-tôt, ou tombe quelquefois dans la cavité du bas-ventre, d'où on l'extrait par le moyen de l'opération céſarienne, après laquelle la plaie ſe ferme promptement; car dans le cas dont il s'agit ici, la contraction ſeule de la matrice ſuffit preſque pour fermer une plaie conſidérable, pour ralentir l'hémorrhagie & même pour l'arrêter.

Lorſque la matrice eſt ainſi déchirée, on ne doit point abſolument abandonner la femme, puiſqu'on a des exemples, qui confirment la guériſon de la déchirure de la matrice.

Lorſqu'on ſent avec la main qu'une extrêmité ou la tête ſeule de l'enfant eſt tombée par la plaie dans la cavité du bas-ventre, & que le reſte du corps ſéjourne encore dans la matrice, il faut tâcher de ramener tout l'enfant dans cette dernière, & l'extraire, ſi l'on peut, par les pieds & par la voie ordinaire.

Il faut faire rentrer l'inteſtin & l'épiploon, que l'on trouvera dans la matrice, & les aſſujettir avec la main, juſqu'à ce que celle-ci ſoit tout-à-fait contractée.

Si au contraire, comme il arrive quelquefois, tout le corps de l'enfant eſt tombé dans la cavité du bas-ventre par l'ouverture de la matrice, & qu'on ne puiſſe l'y faire rentrer, il faut ouvrir le ventre de la mère à tems, ſi l'on veut ſauver cette dernière & l'enfant.

Comme on n'a autre choſe à faire dans cette opération, que d'inciſer les tégumens du bas-ventre, elle eſt non-ſeulement facile, mais elle n'a encore rien de dangereux. Ce ſont uniquement les mauvaiſes & malheureuſes ſuites qui accompagnent le déchirement de la matrice, qui font trembler l'Accoucheur le plus hardi & le plus expérimenté.

SECTION VII.

La ſéparation de la matrice du vagin.

Lorſque l'enfant préſente la tête ou toute autre partie de ſon corps, & que pour trouver ſes pieds, on la pouſſe fortement contre le fond de la matrice, il peut aiſément arriver, vu l'effort que l'on fait, que la partie inférieure de ce viſcère ſe ſépare ou ſe détache en partie ou toute entière du vagin. Lorſque ce fâcheux accident arrive, on ſentira l'inteſtin, en introduiſant la main entre la matrice & le vagin.

Il faut retourner l'enfant le plus promptement que l'on peut: cette opération n'eſt cependant pas ſi facile qu'on le penſe, parce qu'en introduiſant la main, on fait remuer la matrice; il faut par conſéquent placer la femme dans une ſituation convenable, pour s'en acquitter comme il faut.

On fera coucher la femme ſur le dos, les cuiſſes les plus rapprochées du ventre qu'il ſera poſſible, & elle appuyera ſa poitrine contre ſes genoux. Une aide lui ſoutiendra

le ventre, pour faire avancer la matrice vers l'ouverture du vagin, afin que rien n'arrête l'Accouchement, lorfqu'on introduira la main dedans.

On l'introduira de manière, que fon dos foit tourné du côté de la face de la matrice, qui eft encore adhérente au vagin, aprés quoi on retournera l'enfant & l'extraira avec le plus de précaution qu'il fera poffible.

On peut encore caufer un déchirement incomplet à la matrice, lorfqu'on ne s'y prend pas comme il faut pour détacher le placenta. Ce déchirement fe fait, dans ce cas-ci, dans la fubftance de la furface interne de la matrice; il n'eft pas auffi dangereux que celui, dont j'ai parlé ci-deffus, mais il peut devenir funefte, à caufe de l'hémorrhagie & de l'inflammation qu'il occafionne. La raifon en eft que la matrice fe trouvant dans une efpèce d'inertie, ne peut plus fi aifément fe contracter, ni les vaiffeaux fanguins fe fermer, d'où s'enfuit une hémorrhagie mortelle. Dans le cas, où il furvient une inflammation, elle eft bien-tôt fuivie de la gangrène.

L'orifice de la matrice peut auffi fe déchirer dans le tems de l'Accouchement; par exemple, lorfque des douleurs très-fortes pouffent la tête de l'enfant avec violence & fubitement dans l'orifice de ce vifcère. Cet accident arrive ordinairement aux femmes qui accouchent pour la première fois, qui ont le baffin fpacieux & qui accouchent promptement.

L'orifice de la matrice peut également fe déchirer, lorfqu'on s'y prend mal pour la dilater, afin de pouvoir y introduire la main. Les exemples que je viens de rapporter, prouvent qu'on ne fauroit agir avec trop de précaution & de prudence, lorfqu'on eft obligé d'introduire la main dans la matrice pour

retourner

retourner l'enfant. Il est vrai que ces sortes de déchiremens de son orifice sont moins dangereux que les autres, parce qu'on doit diriger toute son attention sur l'effet de l'hémorrhagie, & qu'on peut atteindre à l'orifice de la matrice, & appliquer dessus des topiques convenables, tels que l'agaric ou un morceau d'éponge trempée dans une dissolution d'alun.

SECTION VIII.

L'hémorrhagie de la matrice.

Les hémorrhagies de la matrice ou les pertes de sang, sont extrêmement dangereuses pour les femmes enceintes, & causent les accidens les plus fâcheux. Comme ces sortes d'accidens diffèrent beaucoup entr'eux & qu'il est par conséquent important de savoir les distinguer, je vais d'abord parler des pertes de sang, qui arrivent durant la grossesse; après je traiterai de celles, qui surviennent après l'Accouchement.

Lorsque l'hémorrhagie survient durant la grossesse, il faut examiner, 1.° si le sang sort du vagin ou de la matrice. 2.° Si elle est accompagnée de douleurs ou non. 3.° Si la femme est d'un tempérament sanguin, ou si ses forces sont épuisées. 4.° Au cas que l'orifice de la matrice soit ouvert, il faut examiner si le placenta est encore adhérent à la matrice, ou s'il est tombé dans sa cavité.

Le flux menstruel cesse ordinairement le premier mois de la grossesse: il y a cependant des femmes, chez lesquelles il ne s'arrête que vers le second ou le troisième mois, & d'autres, chez lesquelles, après avoir cessé pendant quelques mois, il recommence de nouveau; ce qui leur fait craindre de faire une fausse-couche. Il faut par conséquent examiner avec soin, si la

femme enceinte a ſes ordinaires ou ſi elle a effectivement une perte de ſang.

Lorſque l'hémorrhagie n'eſt précédée d'aucun friſſon, d'aucune colique, ni d'autres accidens ſemblables; qu'elle n'eſt point compliquée avec les vraies douleurs; qu'elle ſe manifeſte dans le tems, où viennent les regles; qu'elle eſt peu conſidérable, & que la femme ſe porte bien d'ailleurs, il y a tout lieu de croire, qu'elle eſt occaſionnée par la trop grande plénitude de ſang, & qu'elle vient des vaiſſeaux du vagin ou de ceux qui rampent ſur la face extérieure de l'orifice de la matrice. Le ſigne le plus aſſuré, auquel on puiſſe connoître, que le ſang ne vient point de la cavité de la matrice, eſt de trouver ſon orifice fermé. Lors, au contraire, que l'orifice & le col de la matrice ſont ouverts, que les douleurs ſont vraies, & que la femme tombe de tems en tems en défaillance; c'eſt une preuve qu'il vient de la cavité même de la matrice.

Cette perte de ſang durant la groſſeſſe, provient ſouvent de ce que le placenta s'eſt détaché ou entiérement ou en partie de la matrice.

Je mets au nombre des cauſes externes qui peuvent l'occaſionner, les coups, les chûtes, les violences qu'éprouve la matrice de la femme enceinte, & qui lui cauſent quelqu'altération.

Je mets au nombre des cauſes internes, l'adhérence trop foible du placenta à la face de la matrice; les tiraillemens qu'il éprouve de la part du cordon ombilical, lorſque celui-ci eſt trop court, ou qu'il vient à s'entortiller. La ſéparation du chorion; les contractions convulſives de la matrice; la trop grande affluence du ſang dans le placenta; le trop grand uſage des épiceries; les paſſions fortes de l'ame; l'excès de fatigue, &c.

Ces accidens n'annoncent point l'hémorrhagie dans l'inſtant qu'ils ſurviennent, & l'on ne s'en apperçoit qu'au bout de neuf ou dix jours, & quelquefois plus. Il ſemble alors que le placenta ſe détache d'une petite portion de la matrice ; le ſang épanché s'amaſſe dans le tiſſu cellulaire, qui lie le chorion à la matrice. Il paſſe par ſa propre peſanteur d'une cellule à l'autre, & ſe rend dans l'orifice de la matrice. Celui-ci ſe relâche & ſe dilate, à cauſe de l'irritation qu'il éprouve, & le ſang en ſort en forme de caillots. Lorſque le ſang eſt en petite quantité, l'hémorrhagie ceſſe, & la groſſeſſe avance heureuſement juſqu'à la fin.

Ce que je viens de dire, ſuffit pour décider la queſtion, que quelques Médecins & Chirurgiens ont propoſée, diſant que durant la groſſeſſe, la matrice eſt tellement fermée, qu'il ne ſauroit ſurvenir une perte de ſang, ſans que la femme ne faſſe une fauſſe-couche. Ils ont prétendu en conſéquence, que le ſang ne venoit point de la matrice, mais du vagin.

Si ces Savans veulent ſe donner la peine d'obſerver, que l'orifice de la matrice n'eſt pas fermé au point, qu'il n'en puiſſe ſortir quelques gouttes de ſang ; que le fœtus dans le commencement de la groſſeſſe n'occupe pas tout-à-fait le col de la matrice ; qu'à la fin de la groſſeſſe, cet orifice eſt ſouvent aſſez ouvert pour y introduire un doigt (*voyez la Pl. VI fig.* 2.) ils verront clairement, que ce même orifice eſt aſſez dilaté pour donner paſſage à l'hémorrhagie, dont j'ai parlé ci-deſſus, ſans que la femme riſque de faire une fauſſe-couche. Tout cela prouve, que la matrice eſt la partie, d'où proviennent ces ſortes de pertes. Cette hémorrhagie eſt beaucoup plus dangereuſe, lorſqu'elle ſurvient enſuite ou immédiatement des accidens, dont j'ai parlé ci-deſſus.

La vraie hémorrhagie eſt celle dans laquelle le ſang eſt vermeil, fluide & découle abondamment de la matrice. Quelques Sages-femmes appellent ce ſang, le ſang du cœur, en Flamand *hertebloed*, & s'effraient, non ſans raiſon, lorſqu'elles le voient paroître; car dans ce cas-ci, il y a une grande portion du placenta, qui s'eſt détachée de la matrice. C'eſt alors que les femmes perdent leurs forces & le pouls, ſe pâment & ſont attaquées de convulſions, qui terminent leurs jours très-promptement.

Lorſque l'hémorrhagie ſe déclare, quelqu'en ſoit la cauſe, on doit ſur le champ toucher la femme, & rechercher, ſi le placenta qui s'eſt détaché, eſt placé dans l'orifice de la matrice, ou s'il eſt encore retenu dans la cavité de ce viſcère.

Je parlerai de l'hémorrhagie occaſionnée par l'implantation du placenta à l'orifice de la matrice en particulier; je traiterai avant de celle qui eſt cauſée par la ſéparation totale ou partielle de ce corps au fond de la matrice.

Lors donc que le placenta ſe détache dans la matrice, ſoit en partie, ſoit totalement, il eſt indifférent par quelle cauſe il ſurvient à chaque fois une perte de ſang plus ou moins dangereuſe.

Si cette perte eſt accompagnée de douleurs vraies, l'on ne ſauroit plus retarder l'Accouchement; ſi elle ſurvient cependant ſans douleurs, on la préviendra de la manière que j'ai indiquée à l'article de l'avortement. On doit cependant tenir pour regle générale, que la perte de ſang qui ſurvient ſans aucune douleur, eſt infiniment plus dangereuſe, que celle qui eſt accompagnée de douleurs vraies; & la raiſon en eſt, que celles-ci ſont ceſſer promptement l'hémorrhagie, en terminant l'Accouchement.

Plus la groſſeſſe eſt avancée, lorſque l'hémorrhagie ſurvient, plus celle-ci eſt dangereuſe, à cauſe que les vaiſſeaux de la matrice ſe dilatent & ſe rempliſſent de plus en plus.

La première choſe, à laquelle on doit viſer, lorſqu'on eſt appellé chez une femme enceinte, qui a une perte de ſang (il eſt indifférent à quel terme de ſa groſſeſſe, ſoit qu'il y ait des douleurs ou non) eſt de l'arrêter. On ſatisfait dans le commencement à cette vue, par les remèdes internes & externes ; mais lorſque ceux-ci ſont inefficaces ; & que la femme eſt menacée de la mort, le cas exige qu'on tourne l'enfant, & qu'on termine promptement l'Accouchement par les pieds. Ce conſeil paroît le plus prudent, mais il n'eſt pas ſi aiſé à mettre en exécution, lorſque la nature ne vient point au ſecours. D'ailleurs, il n'eſt pas ſi aiſé qu'on le penſe de dilater les parties, quand même il y auroit des vraies douleurs, lorſque l'enfant eſt à terme. On peut à la vérité employer la violence ; mais les accidens qu'elle occaſionne, ſont ſouvent plus funeſtes, que l'hémorrhagie même. On doit donc agir avec prudence, & eſſayer ſi l'on peut dilater l'orifice de la matrice, en introduiſant d'abord un doigt, enſuite un ſecond, un troiſième & un quatrième, & enfin la main entière, en tenant le pouce chatonné dans les doigts. Au cas qu'on ne puiſſe le faire, il faut encore attendre un moment, juſqu'à que l'orifice, étant plus affoibli par l'augmentation de la perte, permette l'introduction de la main. On peut dans cet intervalle, lorſque la femme eſt d'un tempérament ſanguin (ce que l'on connoît à la rougeur de ſon teint, à la grande chaleur de ſon corps & à la dureté de ſon pouls) lui faire ouvrir la veine & lui preſcrire des potions rafraîchiſſantes.

Si, au contraire, elle n'eſt pas d'un tempérament ſanguin;

ſi elle a le viſage pâle, un friſſon dans le corps, les extrêmités froides & le pouls petit & foible, les remèdes rafraîchiſſans & la ſaignée ne lui valent abſolument rien; il faut, au contraire, lui donner des cordiaux, dont le meilleur eſt l'eau de canelle. Il ſera enſuite aiſé d'introduire la main dans la matrice.

Au cas que l'hémorrhagie ſoit occaſionnée par une affection de l'ame, par la fatigue ou telle autre cauſe ſemblable, il faut lui ordonner de ſe tranquilliſer & de ſe tenir en repos, lui donner un grain d'opium & quelques remédes aſtringens.

On lui appliquera extérieurement ſur le ventre, la vulve & les lombes, des linges trempés dans de l'eau & du vinaigre froid, quoique ce remède ſoit ordinairement de fort peu d'utilité.

L'hémorrhagie qui ſurvient durant le travail, peut être pareillement occaſionnée par le détachement trop prématuré du placenta; par la rupture d'une artère de l'orifice de la matrice ou du vagin, & enfin par la ſortie du placenta avant l'enfant.

L'hémorrhagie qui ſurvient durant le travail, eſt plus ou moins forte, ſelon que le placenta eſt plus ou moins ou entiérement détaché de la matrice. Il faut dès le commencement employer tous les remèdes que nous avons indiqués pour arrêter la perte durant la groſſeſſe. On peut encore dans ce cas-ci déchirer les membranes; car par l'évacuation d'une partie des eaux, la matrice ſe contractera plus ou moins, au moyen de quoi les vaiſſeaux ſe rétreciſſent en partie, & l'hémorrhagie diminue & ceſſe même quelquefois totalement. En agiſſant de la ſorte, l'on peut, lorſque tout va bien d'ailleurs, abandonner le reſte de l'Accouchement à la nature, ſans craindre une ſuite fâcheuſe.

Si, malgré les moyens qu'on a employés, & après même que les eaux ont percé, l'hémorrhagie continue, & qu'on appréhende la mort de la mère & de l'enfant, il faut appeller la main à fon fecours, l'employer le plus adroitement que l'on pourra, & terminer promptement l'Accouchement.

Le fang peut continuer de couler fans interruption jufqu'à la mort; comme cela eft arrivé à des femmes, qui ont perdu leur fang, fans qu'on ait trouvé après leur mort, ni détachement du placenta ni du chorion, même pas une goutte épanchée entre cette dernière membrane & la matrice. Il y a dans ce cas-ci lieu de croire, que l'orifice de la matrice s'eft déchiré par la dilatation foudaine qu'il a fubie, & lorfque l'enfant ne fuit point immédiatement après, l'hémorrhagie continue jufqu'à la mort; mais lorfque la tête de l'enfant franchit promptement l'orifice de la matrice, ainfi dilaté, il arrive alors pour l'ordinaire, que l'hémorrhagie s'arrête tout d'un coup. J'ai parlé ci-deffus de la perte de fang, occafionnée par le déchirement de la matrice, & je traiterai auffi de celle qui furvient, lorfque le placenta eft fitué fur l'orifice de ce vifcère, dans un article particulier.

Il arrive quelquefois dans l'Accouchement, que le fang fort en forme de jet hors de l'orifice du vagin; mais cet accident ne doit point effrayer la Sage-femme. On fait que les petites lèvres ou les nymphes de la vulve font d'un tiffu vafculeux; qu'elles peuvent crever par la grande diftenfion formée par la fortie de la tête de l'enfant, & qu'il en réfulte une perte de fang. Comme la caufe de cet accident eft vifible, l'on ne doit point s'en effrayer; car l'application d'un morceau d'amadou fuffit pour arrêter le fang.

Toutes les femmes, fans exception, font fujettes à une

perte de ſang plus ou moins forte, lorſque le placenta ſe détache de la matrice. On ne doit pas s'en inquiéter, lorſqu'elle ne dure pas long-tems; mais lorſqu'elle eſt conſidérable, la femme en couche eſt menacée de la mort.

Cette perte de ſang peut être occaſionnée par les cauſes ſuivantes: 1.° par un placenta, dont la moitié s'eſt déchirée & eſt reſtée dans la matrice. 2.° Par la violence avec laquelle on l'arrache du fond de la matrice. 3.° Par un corps étranger reſté dans la cavité de ce viſcère. 4.° Par le déchirement de matrice. 5.° Par l'affaiſſement de ſon fond. 6.° Par la lenteur & la foibleſſe avec laquelle elle ſe contracte. Ce dernier défaut eſt le plus ordinaire, & mérite, comme tel, une attention particulière. J'ai parlé ci-deſſus des autres cauſes, & j'aurai encore occaſion d'en parler ailleurs.

Il arrive aſſez ſouvent, que la femme, après avoir accouché heureuſement, meurt ſubitement, ou peu de tems après qu'on l'a délivrée.

Cet accident ſiniſtre eſt ordinairement occaſionné par la lenteur & la foibleſſe avec laquelle la matrice ſe contracte.

On connoît cette inertie de la matrice, lorſqu'on obſerve qu'elle ne ſe contracte point après l'Accouchement; lorſqu'en même tems le ventre reſte mou, flaſque & tendu, & ne forme point de tumeur raboteuſe au-deſſus du pénil; que les tranchées utérines ne ſurviennent point, quand la perte de ſang eſt très-conſidérable, & que l'accouchée ne s'en apperçoit point.

Il faut dans ſe cas-ci lui frotter le ventre avec des linges chauds & bien ſecs, & tout d'un coup y appliquer de l'eau froide

froide mêlée avec du vinaigre, le bander avec une serviette pliée en quatre & modérément serrée ; irriter doucement les parois de la matrice & son orifice, & en ôter les caillots de sang. Il faut lui donner aussi des cordiaux, entr'autres de l'eau de canelle, du bon bouillon, &c. & lorsque le cas est urgent, lui verser de l'eau froide sur le corps. Quelques-uns la mettent dans un bain froid; d'autres injectent dans ses parties de l'eau froide & d'autres remèdes astringens ; d'autres lui lavent le visage avec de l'eau ou du vinaigre froid; d'autres appliquent une ligature aux bras & aux jambes, &c. On ne doit cependant employer ces remèdes extravagans, que dans la dernière extrêmité; car outre que tous ces astringens sont souvent inutiles, ils peuvent occasionner plusieurs accidens, auxquels on est long-tems à remédier. L'esprit de corne de cerf présenté sous le nez, ou pris à la dose de quelques gouttes dans de l'eau froide , produit quelquefois un effet surprenant.

Le tampon recommandé par M. LE ROUX, est un moyen qui est aisé de se procurer : il n'est autre chose qu'un morceau de linge usé, dont on forme un rouleau, & qu'on introduit, après l'avoir trempé dans du vinaigre, dans le vagin & même dans la matrice. On peut aussi se servir du même tampon, comme l'Auteur nous assure d'après l'expérience qu'il en a faite, pour la perte de sang qui arrive durant la grossesse; on prévient quelquefois par-là l'Accouchement forcé.

Lorsqu'après avoir employé tous ces moyens, la femme morte en apparence se plaint d'une douleur & d'un tiraillement dans le bas-ventre ; c'est un signe que la matrice se contracte, & elle échappe pour l'ordinaire; mais sa mort est prochaine tant qu'elle n'a ni tranchées utérines, ni aucun sentiment quelconque.

CHAPITRE XX.

De l'Accouchement laborieux, causé par le défaut des douleurs.

LOrsqu'on a une fois assisté à un Accouchement, l'on doit avoir observé, que non-seulement la matrice, le diaphragme & les muscles du bas-ventre agissent, mais encore que les muscles & toutes les autres parties du corps sont mises en action, pour hâter l'Accouchement. Ces différentes actions de ces parties, auxquelles on donne le nom de *douleurs*, peuvent produire un effet contraire à celui qu'on s'en promet. On compte donc parmi les défauts des douleurs : la cessation des douleurs vraies & la mutation de ces dernières, en douleurs fausses.

ARTICLE I.

De la cessation des douleurs vraies.

Lorsque pendant l'Accouchement, qui d'ailleurs paroît naturel, l'enfant ayant une bonne position, & la mère sans aucun défaut corporel, les douleurs vraies font un progrès lent, diminuent ou cessent tout-à-fait ; c'est une marque que le systême nerveux de la matrice est d'une foible constitution : il faut dans ce cas-ci s'armer de patience, vu que l'affaire ne veut point être forcée. Si la tête de l'enfant reste encore engagée dans le détroit supérieur du petit bassin, l'on ne doit point hâter l'Accouchement. Si la femme est d'un tempérament sanguin, il faut la saigner & lui donner un lavement émollient, & s'il arrive qu'elle s'ennuie & s'impatiente, & qu'elle demande absolument des remèdes pour exciter les douleurs, on ne doit lui en prescrire que d'innocens & d'inefficaces, vu qu'il n'y en a point

qui puissent provoquer des douleurs; il n'y a que la nature seule qui puisse les faire, & tous les arcanes qu'on emploie pour cet effet, sont chimériques. Les remèdes échauffans que l'on donneroit à la femme, ne serviroient qu'à lui inciter le sang, & à lui causer une hémorrhagie & une inflammation de matrice. Le repos & tout ce qui peut le lui procurer, sont dans ce cas-ci, les remèdes les plus efficaces; lors cependant que la tête de l'enfant est descendue entiérement dans la capacité du petit bassin, ou se trouve engagée & enclavée dans son détroit inférieur, on ne doit pas l'y laisser trop long-tems, de crainte que la compression continue qu'éprouve le cerveau, ne lui cause une apoplexie. Si la femme a encore assez de forces, on la seignera sans délai; si au contraire elle est extrêmement affoiblie, on lui fera prendre de l'eau de canelle ou du vin, quoique le bon bouillon pur suffise souvent pour la fortifier, parce que les femmes suent ordinairement beaucoup pendant le travail, & par conséquent s'affoiblissent. On peut en outre lui appliquer des linges chauds sur le ventre, les fesses & tout le long des extrêmités inférieures; lui frotter doucement le ventre; repousser prudemment avec le doigt, qu'on a introduit dans le vagin ou l'anus, le coccix; ce qui suffit souvent pour exciter les vraies douleurs. C'est proprement dans cette occasion-ci, que le levier opère des prodiges: cet instrument a cela de propre, qu'à chaque fois qu'il agit sur la tête de l'enfant, il excite une douleur également forte & expulsive, à moins que la tête de l'enfant ne soit d'une grosseur démesurée, ces douleurs suffisent pour terminer l'Accouchement au bout de quelques minutes. Lorsque la matrice tombe dans l'inertie, à cause de la longue durée de ses contractions expulsives, & que le levier n'excite point des douleurs, il faut terminer l'Accouchement avec le forceps.

ARTICLE II.

Des douleurs fauſſes.

Lorſque la femme ſent des douleurs vives & poignantes, qui, au lieu de dilater l'orifice de la matrice, le reſſerrent, l'on donne à ces douleurs l'épithète de fauſſes & d'inutiles. Ces ſortes de douleurs retardent ſouvent l'Accouchement, parce qu'elles étouffent ou affoibliſſent les vraies: elles peuvent faire prendre une mauvaiſe poſition à la tête de l'enfant, à cauſe qu'elles l'élevent à meſure que l'orifice de la matrice ſe reſſerre; ce qui n'arrive pas aux vraies, qui ayant leur ſiège dans le fond de ce viſcère, la font deſcendre & expulſent tout ce qui y eſt contenu. Les fauſſes douleurs ſont ordinairement occaſionnées par l'obliquité de la matrice; la pléthôre ou la trop grande plénitude du ſang; une conſtipation opiniâtre; l'uſage des alimens flatueux; un froid exceſſif; une colique & telle autre maladie du bas-ventre.

On doit traiter les fauſſes douleurs, ſelon les différentes cauſes qui les occaſionnent: lorſqu'elles proviennent de l'obliquité de la matrice, il faut placer la femme dans une ſituation convenable, & procéder comme je l'ai dit à l'article, où je traite de l'obliquité de ce viſcère. On ſaignera les femmes qui ſont d'un tempérament ſanguin: ſi elles ſont conſtipées depuis longtems, on leur donnera un lavement compoſé avec de l'eau de ſon, de l'huile, du ſel & du miel. Si elles ſe ſont refroidies, ainſi que cela arrive aux pauvres femmes qui manquent de hardes pour ſe couvrir, on leur fera avaler un bouillon ou quelques taſſes de thé; on leur donnera en outre un lavement d'eau chaude, dans lequel on mettra quelques cuillerées d'huile, & on les fera coucher dans un lit bien chaud; ce qui ſuffira pour

faire cesser les fausses douleurs : si elles sont occasionnées par la mauvaise diète, à quoi contribuent les alimens & les boissons flatueuses, par exemple, la bière nouvelle & le vin aigre, des fruits verds & les autres alimens durs & indigestes; il faut leur donner de l'infusion de camomille, leur appliquer des linges chauds sur le ventre, & leur donner un lavement composé avec la décoction de fleurs de cette même plante & de l'huile. Si elles ont une diarrhée, on doit bien se garder de l'arrêter subitement, à cause des suites fâcheuses que cela pourroit avoir. Si ces douleurs proviennent de la trop grande sensibilité du systême nerveux, ces femmes enceintes sont sujettes à des tiraillemens dans l'estomac & dans le bas-ventre, & à des crampes aux mains & aux pieds. On donne à celles-ci l'opium, quelques tasses d'infusion de camomille, & on leur applique des linges chauds sur le ventre. Lorsque l'on procède de la sorte, on verra bientôt, que le travail avance & que les douleurs vraies prennent la place des fausses. La femme ne doit point faire valoir ces dernières; car elles ne procurent aucun avancement & elles ne servent qu'à lui ôter les forces, dont elle a besoin, pour soutenir ses douleurs déterminantes.

Les douleurs mixtes sont celles, qui font que l'orifice de la matrice s'ouvre & se ferme alternativement. Il faut, lorsqu'elles surviennent, saigner les pléthoriques & donner aux autres de l'opium dans l'infusion de camomille; remède, dont l'opération est souvent prompte: il appaise les fausses douleurs, relâche les parties & excite les vraies. L'eau-de-vie, le genèvre & les autres liqueurs fortes ne valent rien, & peuvent occasionner des effets funestes.



CHAPITRE XXI.

De l'Accouchement laborieux, causé par la foiblesse & la mal-adresse de la femme en travail.

LOrsque la femme en travail se trouve affoiblie par une maladie précédente ou encore existente, au point de ne pouvoir faire valoir les douleurs vraies, l'Accouchement est ordinairement long; mais on remédie communément à cet accident avec les cordiaux & la patience, à moins que la maladie ne soit considérable & la nature tout-à-fait épuisée ; on doit dans ce cas-ci terminer l'Accouchement par art.

L'impatience & la mal-adresse de la femme en travail, peuvent aussi retarder l'Accouchement : c'est-là ce qui arrive, lorsque dans le dessein de calmer ses douleurs, elle crie comme une perdue & change souvent de place, & qu'au lieu de faire valoir & de bien soutenir ses douleurs, elle cherche au contraire à les diminuer ou à les éviter; ce qui retarde l'Accouchement. Lorsqu'on a à faire à une pareille femme, on doit lui faire voir comment qu'elle doit soutenir & aider ses douleurs, & dans le cas, où elle n'entend point raison, employer des paroles dures, pour la faire obéir.

Lorsque la Sage-femme est assez ignorante, pour ne pas savoir distinguer les douleurs fausses des vraies, sur-tout chez celles, dont l'orifice de la matrice est déjà ouvert quelques jours ou même quelques semaines avant l'Accouchement, & qu'elle ordonne à la femme de faire valoir ses douleurs ; il arrive qu'elle s'échauffe & s'affoiblit; que les eaux percent & s'écoulent trop tôt, & que la tête de l'enfant prend une mauvaise situation : tout ces abus peuvent de même retarder l'Accouchement.

C'eſt pourquoi une Sage-femme doit s'attacher à connoître la nature des douleurs, pour ne point ſe méprendre.

CHAPITRE XV.

De l'obſtacle que peuvent cauſer à l'Accouchement, les parties voiſines de la matrice.

1.° LA trop grande diſtenſion de la veſſie urinaire.

2.° L'amas des matières fécales.

3.° Le gonflement des vaiſſeaux hémorrhoïdaux.

4.° Les tumeurs dans les ovaires.

SECTION I.

La trop grande diſtenſion de la veſſie urinaire.

Lorſque la femme n'urine point au commencement du travail, elle ne peut plus le faire dans la ſuite, lorſque la tête de l'enfant s'eſt engagée ſi bas dans la capacité du baſſin, qu'elle comprime tout-à-fait l'urètre. Dans ce cas-ci, l'urine s'amaſſe dans la veſſie au point, que celle-ci forme comme un ſecond ventre au-deſſus du pubis; ce qui fait prendre une ſituation oblique à la matrice. L'Accouchement retarde pour l'ordinaire & la veſſie ſe diſtend au point, qu'elle court riſque de crever. Il faut donc tâcher de la vuider avec une ſonde, & lorſque ce moyen ne réuſſit point, ſoulever un peu la tête de l'enfant, pour faciliter l'écoulement de l'urine.

Une pierre logée dans le col de la veſſie ou dans l'urètre, lors ſur-tout qu'elle eſt groſſe, peut occaſionner un Accouche-

ment aussi long que laborieux & douloureux. On est quelquefois obligé, lorsqu'on ne peut pas la faire monter, d'inciser l'urètre, pour la tirer ensuite avec une curette.

On m'objectera que cette opération peut occasionner une fistule; mais une pareille crainte doit-elle prévaloir sur la certitude qu'on a, que la femme aura une incontinence d'urine incurable, causée par la contusion & le déchirement? il peut même arriver, que la femme meure par des accidens occasionnés par la pierre du tems de l'Accouchement.

SECTION II.

L'amas des matières fécales.

Les femmes ont ordinairement bon appétit durant leur grossesse, & mangent par conséquent beaucoup; mais à mesure que leur matrice se gonfle, elles deviennent constipées; ce qui est cause que les excrémens s'amassent dans le rectum, au moyen de quoi la capacité du bassin diminue, & l'enfant a plus de peine à sortir. Il convient donc de donner un lavement à la femme, lorsqu'elle est sur le point d'accoucher. Il est vrai que cet obstacle est de peu de conséquence, parce que les excrémens sont ordinairement expulsés par la descente de la tête de l'enfant; mais aussi il n'est pas agréable d'avoir les mains pleines de cette matière, lorsqu'on aide une femme en travail.

SECTION III.

Gonflement des vaisseaux hémorrhoïdaux.

La compression qu'éprouvent les vaisseaux du bassin de la part de la tête de l'enfant, est cause que les glandes & les veines hémorrhoïdales du fondement se gonflent; ce qui occasionne

ne des douleurs, qui prennent le courage à la femme de faire valoir les expulsives, au moyen de quoi l'Accouchement est retardé, sur-tout, lorsque l'accident est considérable. Le mieux qu'on puisse faire, est de lui appliquer les sang-sues, ou les inciser avec la lancette pour dégorger les vaisseaux; de les exposer à la vapeur de l'eau chaude, ou d'appliquer dessus le cataplasme fait avec de l'eau de saturne.

SECTION IV.

Tumeurs dans les ovaires.

Il se forme quelquefois dans les ovaires des hydatides & des tumeurs dures, qui grossissent à un point considérable. On ne découvre cette maladie qu'à l'ouverture des cadavres; mais lorsqu'elle a lieu, elle occasionne une obliquité de matrice, qui non-seulement retarde l'Accouchement & le rend souvent impossible, mais exige encore le secours d'un habile Accoucheur, pour le terminer.

CHAPITRE V.

Des vices des parties éloignées, qui retardent l'Accouchement.

ON compte parmi les principaux vices des parties éloignées, qui peuvent mettre obstacle à l'Accouchement, les suivans:

1.° Lorsque la femme qui accouche pour la première fois est trop jeune.

2.° . . . . trop âgée.

3.° Lorsqu'elle a trop d'embonpoint.

4.° Lorsqu'elle est hydropique.

5.° ——————— d'un tempérament fort sanguin.

6.° ——————— sujette à des convulsions.

7.° ——————— boiteuse.

8.° ——————— bossue.

9.° ——————— d'une trop petite taille.

10.° ——————— accablée de maladies.

11.° ——————— morte.

SECTION I.

Lorsque la femme est trop jeune.

UNe femme trop jeune & qui n'est pas encore parvenue à l'âge de puberté, a pour l'ordinaire la première fois un Accouchement plus long & plus laborieux, que celle qui a un âge mûr, & qui en a eu plusieurs; la raison en est, que ses parties sont moins flexibles: lors cependant qu'elle n'a aucun défaut corporel, elle peut avoir un Accouchement heureux; car on a des exemples, si tant est qu'on puisse ajouter foi à ceux que rapporte SCHURIGIUS, que des filles de 10, 9 & 8 ans ont donné des marques d'être mère par un Accouchement heureux.

SECTION II.

Lorsque la femme est trop âgée.

On croit généralement qu'une femme avancée en âge, accouche plus difficilement pour la première fois qu'une jeune, parce que ses parties ne sont pas si extensibles, que celles des jeunes; & delà vient, que l'on craint pour sa vie, lorsque le

terme de l'Accouchement approche. Lorſqu'il n'y a pas d'autre obſtacle que l'âge; ce dernier n'eſt d'aucune conſéquence, & la nature ſeule pourra terminer l'Accouchement.

SECTION III.

Lorſque la femme a trop d'embonpoint.

Hippocrate prétend que les femmes trop chargées de graiſſe ſont ſtériles ; mais cette ſuppoſition eſt démentie par l'expérience, que nous avons du contraire dans ce pays. J'ai eu occaſion d'accoucher pluſieurs femmes graſſes, entr'autres, une Dame de la première condition, qui, avec une unique douleur forte & de longue durée, accoucha d'un gros enfant; bien fait & bien portant. Une autre, après deux légers accès de douleurs, trouva ſon enfant entre ſes cuiſſes. Une autre fut quatre jours en travail; ce que j'attribuai à ce que le trop de graiſſe l'empêchoit de ſoutenir ſes douleurs & de retenir ſon haleine; en outre, les muſcles du bas-ventre ne pouvoient agir ſur la matrice; ce qui retarda l'Accouchement. Quelques perſonnes croient, que la difficulté que ces ſortes de femmes trouvent à accoucher, vient de la graiſſe, dont la matrice & le vagin ſont chargés; mais aucun Anatomiſte n'a trouvé de la graiſſe dans la première partie, & quant à la ſeconde, comme celle qui l'entoure, eſt d'une ſubſtance fort molle, elle peut s'applatir comme le duvet.

SECTION IV.

Lorſque la femme eſt hydropique.

Une femme peut être tout à la fois enceinte & hydropique. Lorſque l'Accouchement approche, l'eau qui s'eſt amaſſée dans la cavité du bas-ventre, empêche que le diaphragme & les muſcles du bas-ventre n'agiſſent ſur la matrice; ce qui re-

tarde l'Accouchement. On ne doit point dans ce cas-ci hâter l'Accouchement par la ponction, à cause du danger, dont cette opération est accompagnée, vu qu'on ne peut introduire le trois-quarts sans blesser la matrice. Il faut donc abandonner cet Accouchement à la nature, qui seule le terminera, comme on l'a vu par expérience; il faut seulement un peu plus de tems, que dans les cas ordinaires.

SECTION V.

Lorsque la femme est d'un tempérament fort sanguin.

Lorsqu'une femme est d'un tempérament sanguin, le travail agite si fort le sang, qu'il en résulte, tant avant qu'après l'Accouchement, plusieurs accidens fâcheux. Le plus grand nombre des Accoucheurs a de plus observé, que les douleurs chez ces sortes de femmes, sont souvent très-foibles & cessent; mais qu'elles augmentent, lorsqu'on les saigne du pied: d'où il s'ensuit, que cette opération peut prévenir, chez les jeunes femmes fortes & sanguines, l'inflammation, les convulsions & les hémorrhagies, qui surviennent après l'Accouchement.

SECTION VI.

Lorsque la femme a des convulsions.

Le travail promet souvent le plus heureux succès, & tout paroît dans l'état naturel, lorsqu'il survient tout à coup un grand orage, qui présage les accidens les plus funestes. La cause de ce cas sinistre, sont les convulsions qui surviennent à la femme en travail: lorsque ces convulsions sont foibles & laissent des longs intervalles, l'on ne doit rien précipiter ni user de force, pour ne point augmenter la sensibilité du systême nerveux; il vaut mieux la saigner une ou deux fois, pour voir si

les douleurs n'augmentent point, & ſi elle ne peut point accoucher naturellement; mais lorſque les convulſions ſont violentes, & qu'après qu'elles ont ceſſé, la femme tombe dans un aſſoupiſſement, enſuite duquel les convulſions recommencent, & que l'écume lui ſort hors de la bouche, il faut mettre tout en œuvre, pour garantir la mère & l'enfant du péril, qui les menace. On la ſaignera ſur le champ du bras, du pied & de la jugulaire, pour dégorger le cerveau, & on lui donnera un lavement émollient. On obſervera en même tems, ſi ces convulſions, qui ſont quelquefois le même effet que les douleurs, ne dilatent point l'orifice de la matrice; car lorſqu'elles le font, la nature termine quelquefois l'Accouchement très-promptement. Dans le cas où la ſaignée, ni les autres ſecours qu'on a employés, n'appaiſent point les convulſions, ſi elles laiſſent un moindre intervalle entr'elles, il faut ſans héſiter & ſans perdre un moment de tems, employer le ſecours de l'art, pour la délivrer; afin que la matrice étant débarraſſée d'un ſi gros fardeau, qui pour l'ordinaire occaſionne les convulſions par la trop grande preſſion ſur les vaiſſeaux, on procure un paſſage libre au ſang.

S'il arrive après que l'Accouchement eſt heureuſement terminé, & malgré la ſaignée & les autres moyens qu'on a employés, que les convulſions continuent avec la même violence; que l'écume ſorte de la bouche comme auparavant, & que l'aſſoupiſſement continue, il eſt pour lors à craindre, que la femme n'échappe pas à la mort; mais on aura du moins la ſatisfaction, de s'être acquitté de ſon devoir, en employant tous les moyens qu'exige un cas auſſi funeſte que celui-ci.

L'Accoucheur doit être attentif aux premiers ſignes qui annoncent les convulſions, pour y remédier à tems par tous les

moyens poſſibles; car il eſt rare que les femmes enceintes échappent de ce danger, on n'aura preſque point d'exemple, & le cas eſt toujours mortel.

Lorſqu'on s'apperçoit que la femme en travail avec les meilleures apparences poſſibles, commence tout d'un coup à ſe plaindre d'un obſcurciſſement des yeux, d'une peſanteur ſur le front & l'occiput, & qu'enſuite elle perd tout-à-fait la vûë, tous ces ſignes annoncent toujours les convulſions, & on doit recourir aux remèdes que j'ai indiqués ci-deſſus, afin, s'il eſt poſſible, de les prévenir à tems. On commencera par la ſaigner à pluſieurs repriſes & dans un court eſpace de tems: il eſt vrai que ces ſaignées l'affoibliront, mais elles ſont le meilleur remède dans cette occaſion-ci, pour appaiſer promptement les maux de tête, retablir la vue, prévenir les convulſions & terminer l'Accouchement en peu de tems.

On doit diſtinguer les convulſions, dont je viens de parler, de celles qui ſont occaſionnées par la trop grande ſenſibilité du ſyſtême nerveux; ces dernières ne nous doivent pas ſi fortement inquiéter, & s'annoncent ordinairement par une foibleſſe, pendant laquelle le pouls eſt régulier; la femme perd connoiſſance; elle tourne & ferme les yeux; elle étend pour un moment ſes extrêmités, ferme les mains, &c. L'opium & les cordiaux calment ordinairement ces ſortes d'accidens.

SECTION VII.

Lorſque la femme eſt boiteuſe ou boſſue.

Lorſque le baſſin d'une femme qui boite, eſt bien conformé, & a la capacité requiſe, on n'a rien à craindre pour elle; mais lorſqu'elle eſt boſſue & qu'en outre, elle eſt attaquée d'une maladie de poitrine, qui l'empêche de reſpirer, & par conſé-

quent de faire valoir ſes douleurs, cette cauſe ſuffit pour retarder l'Accouchement. Lorſque la boſſe provient d'un *Rachitis*, le baſſin eſt pour l'ordinaire généralement étroit & mal conformé, & l'Accouchement très-laborieux.

Lorſque le boitement eſt occaſionné par un rachitis qu'elle a eu, ou par la diſlocation du femur, dont la tête repoſe ſur le trou oval des os innominés, le baſſin peut être mal conformé & rendre l'Accouchement laborieux. On doit ſe conduire dans ces ſortes de cas, ſelon les circonſtances qui ſe préſentent, & dont j'ai parlé dans l'article, où je traite de la mauvaiſe conformation du baſſin.

SECTION VIII.

Lorſque la femme eſt d'une trop petite taille.

On craint communément dans ce cas-ci, que l'enfant ne puiſſe point franchir le paſſage, à cauſe de l'étroiteſſe du baſſin, & que l'Accouchement ne ſoit laborieux; mais on doit conſidérer la prudence de la nature & réfléchir, que les petites femmes font pour l'ordinaire de petits enfans, & qu'elles ont, en comparaiſon de leur grandeur, ſouvent de grands baſſins.

SECTION IX.

Lorſque la femme eſt accablée de maladies.

L'Accouchement peut être retardé, lorſque la femme, par la longue durée & l'inefficacité des douleurs, eſt attaquée d'une fièvre violente, accompagnée d'un grand mal de tête & du délire. Il faut dans ce cas employer la ſaignée, laquelle calme les accidens, augmente les douleurs & fait qu'elles produiſent leur effet.

Les femmes qui gardent le lit à l'occafion d'une maladie aigue ou chronique, font fouvent fujettes à un Accouchement très-laborieux, à caufe qu'elles n'ont pas la force de faire valoir les douleurs. Elles meurent pour l'ordinaire dans l'Accouchement, ou peu de tems après. On met au nombre de ces maladies dangereufes, celles de la poitrine, telles que l'afthme, la pleuréfie, &c. qui empêchent la femme de retenir longtems fa refpiration, & de faire les efforts néceffaires, pour terminer l'Accouchement.

SECTION X.

Lorfque la femme eft morte.

Une femme peut mourir, fans qu'abfolument fon enfant perde la vie; l'expérience a démontré, que l'enfant a été expulfé vivant hors du corps mort de fa mère; mais ce cas eft rare, & on ne doit pas trop compter fur ces fortes d'exemples. Lors donc qu'un Accoucheur apprend qu'une femme enceinte, ou qui eft en travail, eft morte enfuite d'une convulfion, d'une hémorrhagie, d'un déchirement de matrice, &c. il doit auffi-tôt extraire l'enfant qu'elle porte par les pieds, avec le forceps, ou par le moyen de l'opération céfarienne; favoir, par les pieds & avec le forceps, lorfqu'on n'eft pas bien affuré de la mort de la mère; & l'opération céfarienne, lorfqu'elle eft bien conftatée. On doit pratiquer celle-ci dans le même endroit, & de la même manière que fur une femme vivante, afin qu'au cas qu'elle ne foit pas morte, n'étant qu'afphyxique, elle ne meure point en conféquence de la plaie.

C'eft une chofe auffi ridicule qu'inutile, de mettre l'anneau d'une clef dans la bouche de la mère, pour que l'enfant ait la facilité de refpirer; on feroit beaucoup mieux de lui appliquer des

des linges chauds sur le ventre, pour entretenir, s'il étoit possible, la circulation du sang dans le corps de ce dernier.

CHAPITRE VI.

De l'Accouchement laborieux, occasionné par les défauts de l'enfant, & de ce qui lui appartient.

UN enfant peut, tant à cause de ses défauts corporels, qu'à cause de ceux des parties contenues dans la matrice, qui lui appartiennent, former des obstacles, qui rendent l'Accouchement non-seulement laborieux, mais encore contre-nature.

Ces défauts peuvent se trouver dans sa tête, dans son corps, ou provenir de sa mauvaise position. Ceux des parties qui lui appartiennent, sont ceux du cordon, du placenta, des enveloppes & des eaux qu'elles renferment.

ARTICLE I.

Défauts de la tête de l'enfant.

1.° Sa grosseur excessive.

2.° Sa difformité.

3.° Une hydrocéphale.

4.° Deux têtes sur le même tronc.

5.° L'ossification de la fontanelle & des sutures du crâne.

SECTION I.

La grosseur excessive de la tête.

Autant, dit le célèbre JEAN DE REUS dans son ouvrage sur les Accouchemens, l'Accouchement est prompt & facile, lorsque l'enfant présente le sommet de la tête au passage, & que

la femme accouche ſans ſecours, autant eſt-il laborieux & pénible, lorſque l'enfant préſente la tête, & trouve un obſtacle qui l'arrête, quelque avantageuſe que ſoit la ſituation dans laquelle il ſe préſente.

Il faut dans ce cas-ci du ſavoir, du jugement, de l'adreſſe, de la pitié, de la fermeté & en outre de l'expérience, pour terminer heureuſement l'Accouchement.

On voit par-là, qu'on n'a pas toujours lieu de ſe féliciter, lorſque l'enfant ſe préſente par la tête. La mère nage dans la joie, lorſque la Sage-femme lui annonce après le toucher, que ſon enfant eſt bien tourné; mais dans le cas, où le ſuccès ne répond point à ſon attente, la mère ſe déſole, tombe dans le déſeſpoir, erre de côté & d'autre, demande du ſecours, & l'on ne trouve d'autre moyen pour la tranquilliſer, que de l'exhorter à prendre patience. La pomme, lui dit-on, n'eſt pas encore mûre, le tems n'eſt pas encore venu. Ceux qui lui donnent ce conſeil, voient cependant avec chagrin, que le tems s'écoule, que les douleurs diminuent & ceſſent, que la femme tombe dans des foibleſſes, que ſon enfant meurt, & que l'unique reſſource qui reſte pour ſauver la mère, eſt de faire venir un Accoucheur.

Lorſque la tête de l'enfant eſt trop groſſe, eu égard à la capacité du baſſin de la mère, il en réſulte pour l'ordinaire un Accouchement très-laborieux & quelquefois même contre-nature.

Ce ſortes de groſſes têtes ne ſont cependant pas auſſi communes, qu'on ſe l'imagine; mais on attribue ordinairement la lenteur & la difficulté de l'Accouchement à ce défaut, quoique l'obſtacle provienne de la mauvaiſe poſition de la tête de l'enfant.

On reconnoît que la tête de l'enfant eſt trop groſſe à l'égard du baſſin de la mère, aux ſignes ſuivans:

1.° On peut aiſément introduire la main dans la cavité du baſſin; ce qui prouve qu'il n'eſt pas trop étroit.

2.° Le ventre de la femme eſt moins affaiſſé à la fin de la groſſeſſe; ce qui eſt auſſi cauſe, que l'orifice de la matrice ne deſcend pas ſi avant dans la capacité du baſſin, que dans les Accouchemens faciles.

3.° Les parties naturelles & les extrêmités inférieures s'enflent en peu de tems & même promptement.

4.° La tête de l'enfant, malgré la violence des douleurs & ſa ſituation avantageuſe, avance lentement & s'engage à peine dans le détroit ſupérieur du petit baſſin.

5.° La poche formée par les eaux eſt petite & a une ſurface plate.

6.° L'orifice de la matrice reſte à l'entrée du petit baſſin & n'avance point.

7.° Les os pariétaux paſſent & ſe portent avec force l'un ſur l'autre.

8.° La tête de l'enfant remplit tellement l'entrée du petit baſſin, qu'on peut à peine introduire le doigt entre-deux, & ne deſcend que peu ou point pendant les 24 heures.

9.° Les membranes déchirent & les eaux ſortent enfin, mais en ſi petite quantité, que pluſieurs s'imaginent fauſſement que l'enfant en manque.

La tête de l'enfant peut être trois lignes, ſix lignes & même un pouce plus groſſe qu'il ne faut. On peut par conſéquent réduire la difficulté qu'elle trouve à ſortir, à trois degrès.

Le premier eſt, lorſqu'elle n'a que trois lignes de plus que dans ſon état naturel.

On peut abandonner cet Accouchement à la nature:

1.° Lorſque les douleurs ſont aſſez fortes pour la faire avancer.

2.° Lorſqu'à chaque accès de douleur, elle s'avance & s'alonge.

3.° Lorſque la tumeur qu'on apperçoit ſur ſa tête s'alonge.

4.° Lorſque le travail ne dure que 24 heures: lors cependant que les douleurs continuent, & qu'il ne ſurvient aucun accident fâcheux, l'on peut encore s'en rapporter entiérement à la nature; car celle-ci alonge quelquefois la tête ſi fort, qu'elle devient deux fois auſſi longue que large, & qu'il faut ſouvent 36 heures & même plus, pour terminer l'Accouchement ſans danger, ni pour la mère, ni pour l'enfant. Tout ce qu'on doit faire dans ce cas-ci, c'eſt de la faire uriner & aller à la ſelle; la ſaigner pour prévenir l'inflammation de la matrice, & de lui enjoindre de ſoutenir ſes douleurs lentement, & non avec force.

Lorſque la tête de l'enfant eſt groſſe au ſecond degré, elle reſte quelquefois enclavée, ou quand les douleurs agiſſent conſtamment & avec violence, elles la font avancer; mais pour lors la matrice, le vagin, l'urètre & le périnée peuvent ſe déchirer, ou toutes les parties naturelles s'enflamment au point,

qu'elles tombent après la délivrance en gangrène; & les femmes qui n'en meurent point, font fujettes pour le refte de leur vie, à une incontinence d'urine & d'excrémens. La matrice peut encore fe déchirer par la grande violence des douleurs, lorfque la femme les fait trop valoir; ce qui lui caufe quelquefois une mort fubite, ainfi que je l'ai dit ailleurs.

Tous ces accidens font rares: les douleurs ceffent ordinairement au bout de 36 ou 48 heures; la tête ne s'alonge plus, mais s'enclave entiérement, foit à l'entrée, dans la cavité ou à la fortie du petit baffin, felon que les douleurs l'ont faite plus ou moins avancer.

Lorfque la tête de l'enfant a le troifième degré de groffeur, elle s'arrête dans le détroit fupérieur du petit baffin, & y refte enclavée. Dans ce cas-ci, les douleurs, quelque violentes qu'elles foient, ne procurent aucun avancement, quoiqu'elles durent trois jours & même plus : fi dans cette circonftance la matrice ne fe déchire point, elle eft au moins attaquée d'une inflammation occafionnée par la grande & violente preffion de la tête de l'enfant, & cette inflammation eft fuivie d'une gangrène, qui tue la mère & l'enfant.

On voit par ce qui précède, que la groffeur exceffive de la tête de l'enfant, peut caufer trois degrés d'Accouchement laborieux. La nature feule peut terminer le premier; le fecond, quand il eft fecondé par le fecours de l'art; mais le troifième eft tout-à-fait du reffort de ce dernier.

Auffi long-tems qu'on apperçoit, qu'à chaque douleur la tête avance tant foit peu, que les douleurs & les forces de la femme fubfiftent, l'on a lieu d'efpérer, que l'Accouchement dans le premier degré de groffeur de la tête, quoique lent, fe ter-

minera avec le ſecours ſeul de la nature; mais ſi celle-ci, après avoir agi pendant 24 heures, a beſoin d'un plus long eſpace de tems pour terminer l'Accouchement, la Sage-femme doit baptiſer l'enfant & faire ſaigner la mère.

Le ſecond degré eſt de plus grande conſéquence, & la raiſon en eſt, qu'on ne peut prévoir par aucun ſigne dans le commencement du travail, que la tête ſera enclavée, ſur-tout, lorſque le baſſin eſt bien conformé, l'enfant bien ſitué & toutes tes les autres circonſtances favorables.

Les ſignes auxquels on peut connoître l'enclavement de la tête, ſont:

1.° Lorſqu'on s'apperçoit qu'en dépit des efforts de la nature & des ſecours de l'art, la tête de l'enfant reſte en place & n'avance point; que la femme eſt épuiſée & ne ſent plus aucune douleur.

2.° Lorſqu'il ſe forme ſur la tête de l'enfant vivant, une tumeur molle, laquelle groſſit & s'étend de plus en plus, au point, que les tégumens de la tête débordent quelquefois les grandes lèvres de la vulve, quoique le crane reſte immobile, & ne bouge pas de ſa place.

3° Les eaux ne coulent plus, ſont ordinairement toutes échappées, & le vagin reſte ſec & enflé.

4.° On ſent la tête nue de l'enfant dans le vagin, quoiqu'elle ne ſoit pas encore hors de l'orifice de la matrice.

Lorſque la tête de l'enfant eſt ſituée naturellement; ce qui eſt très-difficile à connoître, à moins qu'on n'ait touché la femme au commencement du travail, & lorſqu'on peut encore ſui-

vre les traces des futures & de la fontanelle; & dans le cas où elle eſt enclavée, l'on doit examiner & rechercher en quoi la nature péche: au cas que les douleurs ceſſent, à cauſe de la foibleſſe de la femme, s'il n'y a ni inflammation de matrice, ni aucun autre accident urgent, il faut la laiſſer repoſer, & lui donner du vin avec du ſaffran, & enſuite les remèdes que j'ai indiqués dans l'article, où je traite du manque des douleurs. Si le vagin eſt ſec & enflé, il faut y injecter des décoctions oléagineuſes, pour l'humecter & le lubrifier: en agiſſant de la ſorte, il arrive quelquefois que l'enclavement ceſſe, que les douleurs recommencent, & que la nature termine l'Accouchement; mais il faut faire attention, lorſque la tête de l'enfant ſe préſente au paſſage, de bien ſoutenir le périnée, pour éviter qu'il ne ſe déchire.

Lorſque, malgré tous les remèdes & les moyens qu'on a employés, la tête de l'enfant reſte toujours immobile, & que la Sage-femme s'apperçoit, que les forces de la femme commencent à s'affoiblir, elle doit inſtruire les perſonnes, qui lui appartiennent, du danger dont elle eſt menacée, & envoyer chercher un Accoucheur: elle aura ſoin d'indiquer à celui-ci l'endroit où la tête eſt enclavée; ſi c'eſt à l'entrée, dans la cavité ou à la ſortie du petit baſſin; ſi elle eſt naturellement ſituée ou non, parce que la tumeur qui s'eſt formée deſſus, & dont j'ai parlé, l'empêche de diſtinguer la ſituation de la tête.

Si l'Accoucheur voit qu'il n'y a point d'autres moyens à employer que ceux, dont la Sage-femme s'eſt déjà ſervie, & que l'Accouchement ne peut ſe terminer qu'avec celui du levier ou du forceps, & ſi ceux-ci ne ſuffiſent point, de l'opération céſarienne & de la ſection de la ſymphiſe des os pubis, ou d'ôter le cerveau, il doit plutôt que trop tard recourir à ces opérations; mais s'aſſurer auparavant ſi l'enfant eſt vivant ou mort,

afin de l'extraire dans l'un & l'autre cas pour ſauver la mère. Il doit auſſi ſavoir, comment il doit procéder pour conſerver l'enfant en bleſſant la mère, c'eſt-à-dire, en pratiquant la ſection céſarienne ou la ſection de la ſymphiſe, pour donner le jour à l'enfant.

Si la tête de l'enfant eſt tellement diſproportionnée au baſſin, qu'elle ne puiſſe point y entrer, & qu'il ſoit aſſuré, qu'il eſt encore vivant, il ne reſte d'autre moyen pour le ſauver, que l'opération céſarienne, qui, quoique douteuſe pour la mère, ne laiſſe pas d'avoir quelquefois un heureux ſuccès. Il eſt inutile dans ce cas-ci de retourner l'enfant, d'employer le levier & le forceps. Quand même on retourneroit l'enfant, on ne pourroit l'extraire, à cauſe de la groſſeur de ſa tête. Le levier pourroit lui faire prendre une mauvaiſe poſition, & le forceps deviendroit inutile, parce qu'elle eſt au-deſſus de l'entrée du petit baſſin. Le plus ſûr dans ce cas-ci, lorſque l'enfant vit encore, eſt d'employer, comme j'ai dit ci-deſſus, l'opération céſarienne; & s'il eſt mort, de diminuer la tête de l'enfant.

Au cas qu'une partie de la tête de l'enfant ſoit engagée dans la capacité du petit baſſin, qu'elle s'y enclave, & que les douleurs ceſſent, il faut employer le levier, tant pour les faire revivre, que pour la faire avancer.

Si le levier ne produit point ſon effet, l'on ſe ſervira du forceps pour l'extraire, comme on le feroit avec deux mains de fer: ſi ce dernier ne réuſſit pas non plus, & que l'enfant ſoit vivant, on pratiquera la ſection de la ſymphiſe des os pubis; & s'il eſt mort, on diminuera la tête, en enlevant le cerveau.

Ces ſortes d'opérations ſont beaucoup plus difficiles, lorſque la tête de l'enfant eſt enclavée dans le détroit ſupérieur du petit baſſin, que ſi elle étoit dans ſa cavité ou dans ſa ſortie.

SEC-

SECTION II.

La difformité de la tête.

Lorſqu'une tête difforme n'eſt point trop groſſe, que ſes os ne ſont point trop endurcis, & que toutes les autres circonſtances ſont favorables, elle ne trouve pas plus de difficulté pour ſortir, qu'une tête bien conformée; mais lorſque la groſſeur ſe trouve jointe à la difformité, il peut en réſulter un Accouchement laborieux, & même impoſſible. Comme l'on connoît ce défaut par le toucher, c'eſt à l'Accoucheur à voir les opérations qu'il doit employer, c'eſt-à-dire, s'il doit ſe ſervir de la main ou d'inſtrumens: c'eſt dans cette occaſion-ci, qu'il doit faire uſage de ſon génie, car l'on ne ſauroit donner là-deſſus des regles générales, à cauſe des différentes difformités que la tête peut avoir.

SECTION III.

L'hydrocéphale.

Il arrive ſouvent, ainſi que l'ont obſervé pluſieurs Auteurs, tant anciens que modernes, que la tête d'un enfant, à cauſe de la flexibilité des os qui compoſent le crâne, groſſit extraordinairement par l'eau qui le diſtend; & cela eſt cauſe qu'on ne peut extraire l'enfant par la voie naturelle, ſoit qu'il ſe préſente par la tête ou par les pieds, de manière que cet accident doit au moins cauſer un très-grand obſtacle.

Lorſque l'enfant ſe préſente par la tête, l'on ne ſauroit facilement juger de ſa conformation & de ſa ſituation, qu'au moment que le travail commence, & dans l'intervalle des douleurs: dans ce cas-ci, les ſutures de la tête ſont fort écartées, & lorſque les douleurs font avancer l'enfant, ſa tête s'enclave

à la ſortie du baſſin. Il ſe forme peu à peu une groſſe tumeur ſur ſa tête, qui ſort en forme d'une veſſie gonflée, & qui lui donne une longueur conſidérable.

On a obſervé que la nature ſeule a expulſé des têtes d'une groſſeur énorme, dont la raiſon eſt, qu'elles s'alongent, à cauſe de la flexibilité des os du crâne. Quelquefois les tégumens crevent pendant le travail, & l'eau qu'ils contiennent, venant à s'écouler, la tête franchit aiſément le paſſage. On a des exemples, que la tête s'eſt enclavée, & qu'on n'a pu l'extraire qu'avec le ſecours de l'art.

Un Accoucheur, qui eſt aſſuré de la trop grande circonférence de la tête, peut promptement faciliter l'Accouchement d'une hydrocéphale, en faiſant avec une lancette cachée, comme, par exemple, le pharyngotome, des inciſions peu profondes dans la tumeur, pour faire écouler l'eau qu'elle tenferme; mais cette opération n'a lieu que lorſque l'eau eſt logée ſous les tégumens; c'eſt pour l'ordinaire une hydrocéphale interne, qui exige qu'on faſſe l'inciſion entre les pariétaux juſque dans l'intérieur du crâne, pour en faire ſortir l'eau : ſi dans ce cas-ci l'enfant eſt encore vivant, il meurt enſuite de l'évacuation ſubite de l'eau hors du crâne; car l'on ſait par l'expérience, que les enfans qu'on a trépanés en pareils cas, ſont morts peu de tems après.

Si l'hydrocéphale eſt enclavée dans la capacité du baſſin, & ſi l'on eſt entiérement aſſuré que l'enfant eſt encore vivant; ce qui eſt rare dans ce cas-ci, parce qu'on eſt appellé trop tard à ſon ſecours, la conſcience exige, qu'on tâche de terminer l'Accouchement avec le levier ou le forceps.

Si l'enfant eſt mort & qu'on ait des ſignes manifeſtes, qui le

confirment, il n'y a plus de réflexions à faire, & on doit uniquement ouvrir le crâne avec des ciſeaux ou tel autre inſtrument, pour donner iſſue à l'eau, après quoi la tête s'affaiſſe; & ſi la femme a encore des douleurs expulſives, la nature ſeule pourra terminer l'Accouchement : au cas que celle-ci ait le deſſous, on introduira les doigts dans l'ouverture qu'on a faite au crane, pour tirer l'enfant dehors ; ce qui ſera d'autant plus facile, que ces ſortes d'enfans ſont rarement gros & replets.

Au cas que la tête ne ſuive point, parce qu'elle eſt trop enclavée, l'on ſe ſervira avec prudence du crochet pour l'extraire.

J'enſeignerai dans l'article, où je traite de l'Accouchement par les pieds, la manière d'extraire un enfant attaqué d'une hydrocéphale par ces mêmes parties.

SECTION IV.

Deux têtes ſur le même tronc.

Il arrive, quoique rarement, que les enfans croiſſent avec deux têtes dans la matrice, ou avec deux corps & une ſeule tête : les plus habiles Ecrivains atteſtent ce fait. Puis donc qu'on a tant de peine à extraire une ſeule tête, l'on me demandera comment il eſt poſſible de pouvoir accoucher une femme d'un enfant qui en a deux?

On voit dans la Salle d'Anatomie de Louvain, un enfant de cette eſpèce, dont une femme accoucha heureuſement à Malines. Lorſqu'on a de pareilles femmes à accoucher, l'on doit examiner, ſi les deux têtes ſe préſentent enſemble au paſſage ou ſéparément. Dans le premier cas, ſi les têtes qui ſe préſen-

tent font grosses, & que l'enfant soit vivant, on emploie le forceps, & s'il est mort, on enlevera le cerveau, & on l'extraira avec le même instrument ou avec le crochet. Il peut arriver dans le second, que la nature termine seule l'Accouchement; car on a des exemples que ces sortes d'enfans monstrueux, ont le corps & la tête plus petite que les autres: c'est pourquoi on doit d'abord essayer d'extraire une tête seule, & au cas qu'on ne le puisse pas, on doit agir selon les circonstances, & ne rien négliger, pour sauver la mère.

Le célèbre Camper propose la question suivante dans sa Dissertation devant l'ouvrage de Mauriceau: que faut il faire, lorsqu'un enfant à terme & à deux têtes présente l'une hors de la vulve, & que l'autre reste en arrière? est-on en droit dans cette occasion d'emputer l'une des deux? au cas qu'on emploie l'opération césarienne, comment s'y prendra-t-on pour faire rentrer la tête qui est sortie? Il veut que l'on sépare la tête, disant qu'elle ne peut plus être réduite, à moins qu'elle ne soit très-petite; & lorsque cela est, on peut extraire l'enfant par le manuel ordinaire. On doit d'autant moins hésiter, dit-il, à faire cette opération, que ces sortes d'enfans monstrueux naissent rarement vivans, & meurent peu de tems après qu'ils sont nés.

Lorsque l'une des têtes est sortie, & que l'autre s'oppose à l'Accouchement, on peut, lorsque l'enfant est mort, lui arracher la tête en la tordant. Il est inconcevable avec quelle aisance cela se pratique. On a des exemples, que le tronc se sépare de la tête, & combien de fois ne voit-on pas, que la tête se sépare du tronc. On ne doit donc pas, ainsi qu'on le pratiquoit anciennement, couper la tête de l'enfant avec le bistouri ou les ciseaux, parce qu'on peut blesser la mère; ce qui n'arrive pas, quand on sépare la tête de l'enfant, ou telle autre partie de son corps, en la tordant.

SECTION V.

L'offification de la fontanelle & des futures.

Lorfque la fontanelle & les futures de la tête de l'enfant font offifiées, les pariétaux ne peuvent couler l'un fur l'autre, ni par conféquent la tête fe conformer au paffage offeux, par lequel elle doit fortir: dans ce cas-ci, à moins que le baffin ne foit fpacieux, & la tête de l'enfant petite, elle peut s'enclaver au point, qu'il foit impoffible de la dégager. On connoît ce défaut au toucher, & l'on s'apperçoit que les os du crâne font très-durs & ne coulent pas l'un fur l'autre. Il faut dans ce cas, pour extraire l'enfant vivant, employer d'abord le levier ou le forceps; & fi ces inftrumens ne réuffiffent point, recourir à la fection de la fymphife des os pubis; & fi l'enfant eft mort, diminuer la tête. On auroit tort de vouloir retourner l'enfant pour l'extraire par les pieds, à moins qu'on n'efpère par-là d'extraire l'enfant, la face placée fur le diamètre oblique ou tranfverfal du détroit fupérieur du petit baffin.

ARTICLE II.

Des défauts corporels de l'enfant.

Ces défauts font :

1.° La trop grande largeur des épaules.

2.° La difformité de fon corps.

3.° Deux jumeaux réunis enfemble.

4.° L'hydropifie de l'enfant.

SECTION I.

La trop grande largeur des épaules.

Les épaules de l'enfant peuvent être trop larges, comme sa tête trop grosse, & par conséquent causer obstacle à son passage. Selon quelques-uns, ce défaut n'est pas si rare qu'on se l'imagine; mais aussi il n'est pas si commun, que quelques Sages-femmes le pensent; ce qui est cause qu'elles veulent dégager les bras dans le moindre obstacle qu'elles rencontrent, même dans l'Accouchement le plus naturel.

On reconnoît ce défaut, lorsque la tête de l'enfant, étant dans sa position naturelle, après s'être avancée facilement & à tems dans la cavité du petit bassin, s'arrête tout à coup, ou, que la tête étant sortie, les épaules s'arrêtent à la sortie de ce même bassin. Dans le premier cas, les épaules se trouvent sur le diamètre antérieur du détroit supérieur du petit bassin : ce cas est de la plus grande conséquence, & mérite qu'on en traite séparément, comme je le ferai, en parlant de la position oblique de l'enfant. Dans le second cas, les épaules, à cause de leur trop grande largeur, s'arrêtent sous l'arcade des os pubis, ou contre les tubérosités des os ischions. J'ajouterai, que le constricteur de la vulve, serrant étroitement le cou de l'enfant, peut l'arrêter. Lorsque dans ces circonstances, les douleurs sont violentes, l'on peut abandonner le soin de cet Accouchement encore un moment à la nature; mais lorsque l'Accouchement ne se termine pas promptement, & que l'Accoucheur craint pour la vie de l'enfant, il doit placer les deux pouces sur son occiput, lui saisir avec les doigts de deux mains les joues & le menton, branler la tête de côté & d'autre, & la tirer vers soi; en observant cependant de ne point la violenter,

de crainte de féparer la tête du cou, ou tout au moins, de l'affoiblir en tiraillant la moëlle épinière au point de lui caufer la mort peu de tems après fa naiffance. Le plus prudent eft de couler l'index le long de fon cou jufque fous l'aiffelle; de pofer le pouce de la même main fur fon épaule, en même tems qu'on foutient fon vifage avec l'autre; de preffer légèrement la première main fur fon oreille, & de tirer l'épaule du côté oppofé. *Voyez la Pl. IX. fig.* 1. Après avoir dégagé la première épaule, on change de mains, & l'on fait avec celle qui foutient le vifage de l'enfant, la même chofe pour l'autre.

L'Accoucheur joint enfuite les petits doigts de deux mains enfemble; & pofant les deux pouces fur les épaules, *fig.* 2 *de la même Planche*; il tire l'enfant à lui en le remuant de côté & d'autre, le foutenant du bras gauche & gliffant la main droite entre fes jambes, il faifit les pieds, pour qu'ils ne s'accrochent pas à la vulve. *Voyez la fig.* 3. Si cette manœuvre ne lui réuffit point, il coulera la main le long du vifage de l'enfant, entre l'os coccix & fa poitrine, le dos de la main tourné vers le bas. Il cherchera enfuite avec les doigts le bras de l'enfant, & l'empoignant par la main, il la fera avancer fur fa poitrine, pour la tirer dehors: il faifira enfuite l'épaule du bras dégagé, portant l'autre main fur l'autre côté de la tête; & c'eft ainfi que fouvent il pourra venir à bout d'extraire l'enfant. Si ce moyen ne réuffit pas non plus, il tâchera de dégager auffi l'autre bras; & fi l'enfant n'a pas d'autres défauts corporels, il terminera promptement l'Accouchement.

Au cas que la contraction du conftricteur l'empêche d'introduire la main, il introduira vers le haut le long du col un crochet émouffé & bien oint, qu'il placera fous l'aiffelle, & avec lequel il la faifira; ce qui eft aifé à faire fans bleffer l'enfant, au moyen de quoi il extraira l'épaule.

Quelques-uns ſont d'avis d'attendre que la contraction ſpaſmodique ait ceſſé; mais cela eſt inutile & même dangereux, la raiſon en eſt, que lorſque l'enfant eſt bien conformé, il ne ſauroit rencontrer d'obſtacle, & que lorſqu'on attend plus long-tems, la contraction augmente & l'enfant court riſque de mourir.

SECTION II.

La difformité du corps de l'enfant.

Il peut arriver, après que la tête eſt ſortie naturellement, qu'indépendamment de la largeur des épaules, la poitrine & le ventre ſoient d'une groſſeur exceſſive; ce qu'il ſuffit non-ſeulement pour retarder l'Accouchement, mais encore pour le rendre impoſſible. Lorſque ces ſortes de cas ſe préſentent, il faut d'abord examiner ſi l'enfant eſt vivant ou mort, afin, dans le premier cas, de l'extraire par le moyen de l'opération céſarienne, & dans le ſecond, qui eſt le plus ordinaire, de diminuer ſon corps en enlevant les inteſtins, &c. J'enſeignerai en ſon lieu la manière de le faire.

SECTION III.

Deux jumeaux réunis enſemble.

Comme les enfans peuvent croître dans la matrice avec deux têtes, ce qui eſt aſſez rare, il peut arriver auſſi, que deux enfans aient leurs corps collés enſemble, ou qu'ils aient deux corps & une ſeule tête: c'eſt de quoi pluſieurs célèbres Ecrivains font foi, & dont on a vu des exemples. Les enfans peuvent être collés de pluſieurs façons, par exemple, par la poitrine, le dos, le fondement, l'un par le côté droit & l'autre par le gauche.

Ces

Ces fortes d'enfans font ordinairement plus petits que les autres, & c'eft la raifon pour laquelle on peut abandonner l'Accouchement à la nature, fur-tout, quand le baffin eft bien large, que l'enfant n'eft pas trop gros, & que les douleurs font fortes & expulfives; & lorfque cela ne réuffit point, on doit tenter tous les moyens poffibles, pour terminer l'Accouchement avec la main, & lorfqu'on ne le peut pas, on doit alors agir felon les circonftances qui fe préfentent; mais toujours avec cette attention, qu'on ménage tant qu'on peut la mère.

Il peut arriver que deux enfans foient collés feulement par la peau; celle-ci venant à fe déchirer, ils fe détachent & ils fortent heureufement l'un après l'autre. Lorfqu'on s'apperçoit, que la nature veut opérer cette féparation, & que l'ouverture eft affez fpacieufe pour pouvoir introduire la main dans la matrice, il faut l'effectuer avec les doigts ou avec un inftrument; car cette adhéfion peut être très-légère; mais cette opération eft inutile, lorfque les os font réunis & confondus enfemble.

Il faut dans ce cas-ci fur-tout faire attention à la groffeur exceffive du monftre. Si ces deux jumeaux ainfi adhérens, font trop gros, eu égard au paffage, & qu'ils foient encore vivans, il faut employer l'opération céfarienne. Il eft rare que ces enfans monftrueux naiffent vivans, & lorfqu'on eft affuré de leur mort, il faut leur vuider la poitrine & le ventre, ou leur arracher ce qu'il y a de trop, comme, par exemple, une tête, lorfqu'il y en a deux fur le même corps, un bras, une jambe, &c. Il eft inconcevable combien cette opération eft facile, ainfi que l'expérience journalière le prouve, combien de fois ne voit-on pas que la tête fe fépare du tronc, & que ce dernier fe déchire aifément de la tête. Les Anciens coupoient ces parties

avec des biſtouris ou des ciſeaux, mais mal-à-propos; car ces ſortes d'inſtrumens, avec leſquels on ne peut travailler qu'à tâtons, peuvent aiſément bleſſer la matrice & ſes parties voiſines; ce que l'on prévient, en extrayant l'enfant par morceaux.

SECTION IV.

L'enfant hydropique.

Il arrive quelquefois que l'enfant ayant franchi le paſſage avec la tête & les épaules, ou que l'ayant tiré par les pieds, il s'arrête, ſans que dans le premier cas les douleurs le faſſent avancer, ou que dans le ſecond l'on puiſſe terminer l'Accouchement par les pieds. Dans le premier cas on lui arracheroit plutôt la tête, & dans le ſecond les jambes, que de le tirer de la cavité du baſſin.

Il faut dans ce cas-ci chercher avec le doigt de l'une ou de l'autre main, ce qui s'oppoſe à ſa ſortie. Si l'on touche la partie éminente, & ſi l'on ſent qu'elle eſt fortement bourſouflée comme une veſſie tendue, ſur-tout ſur la poitrine de l'enfant, l'on doit avertir les parens de la femme, que l'enfant a une aſcite, & ne peut naître ſans le ſecours de l'art; qu'on ne peut employer ce dernier, ſans lui avoir préalablement fait une ouverture dans le bas-ventre, pour évacuer la collection d'eau & l'extraire totalement.

L'Accoucheur eſt à même de connoître au moyen de la partie qui eſt ſortie, ſi l'enfant eſt vivant ou mort; mais il eſt rare qu'il ſoit appellé lorſqu'il eſt vivant; ſuppoſé cependant qu'il le ſoit, voici alors la manière dont il doit procéder; car dans le ſecond cas, peu importe comment il l'évacue, & il n'a qu'à ſuivre la méthode la plus facile.

Il y a autour du nombril un pli extrêmement mince & d'une étendue d'environ un pouce ; la peau de cet endroit est ordinairement fort déliée & distendue comme une exomphale par la collection d'eau, tellement qu'on la perce souvent aussi facilement, qu'on rompt la poche formée par les membranes dans l'Accouchement. C'est dans cet endroit, qu'on doit tâcher de faire une ouverture avec le doigt, quand on peut y arriver : c'est la méthode la plus facile, & l'on n'a pas lieu de craindre d'offenser la matrice ; ce qui arrive souvent lorsqu'on se sert du perforatoire ou du trois-quarts.

Au cas qu'on ne puisse point évacuer l'eau de cette manière, on doit faire avancer l'enfant si loin qu'on le pourra sans inconvénient, & ensuite introduire l'une des mains jusqu'à son ventre ; cela fait, l'on prend de l'autre un trois-quarts, qu'on conduit sur la main qu'on a introduite, & on l'enfonce dans la partie molle du bas-ventre, à l'endroit qu'on juge le plus commode : cela fait, l'on retirera le poinçon, au moyen de quoi l'eau s'écoulera. Si le cas est pressant, & qu'on n'ait point de trois-quarts, l'on se servira des ciseaux.

La nature seule terminera ensuite l'Accouchement, s'il est naturel, & l'art par les pieds, si ceux-ci se présentent.

CHAPITRE VII.

De l'Accouchement laborieux, occasionné par le vice des parties, qui, durant la grossesse, établissent la communication du fœtus avec la mère.

Les parties qui appartiennent à ce Chapitre, sont : le cordon ombilical, le placenta, l'amnios, le chorion & les eaux de l'amnios.

ARTICLE I.

Des vices du cordon ombilical.

Quoique la mère & l'enfant qu'elle porte n'aient aucun défaut, l'Accouchement peut être cependant retardé, à cauſe des vices auxquels le cordon ombilical eſt ſujet, & que voici :

1.° Lorſque le cordon eſt trop court.

2.° Qu'il s'entortille autour du cou du bras, du corps & des jambes.

3.° Qu'il ſort ſeul ou avec quelqu'autre partie de l'enfant.

SECTION I.

Lorſque le cordon eſt trop court.

Comme la trop grande longueur du cordon eſt nuiſible, il peut de même, lorſqu'il eſt trop court, occaſionner un Accouchement laborieux; car dans ce cas-ci, il eſt trop tendu lorſque l'enfant ſort, ce qui l'arrête & arrache le placenta, ou il ſe rompt lui-même. Cette rupture peut arriver dans ſon milieu, ou hors du placenta, &, ce qui eſt encore plus dangereux, dans le nombril même de l'enfant.

Dans ce cas-ci, lorſque l'Accouchement ne ſe termine pas promptement, l'arrachement du placenta peut cauſer à la mère, & la rupture du cordon à l'enfant, une hémorrhagie mortelle.

On ne découvre ordinairement la cauſe de cette hémorrhagie, qu'immédiatement après l'Accouchement. La tête de l'enfant, après que les eaux ont percé, bouche ſouvent tellement l'orifice de la matrice, qu'il n'en ſort pas une goutte

de ſang, de manière que le ſang extravaſé s'amaſſe dans ſa cavité; on ſoupçonne que cela eſt ainſi, quand on voit que la femme tombe d'une foibleſſe dans l'autre; qu'il lui prend une ſueur froide, principalement ſur le front & les extrêmités, & que ſon ventre groſſit d'un quart d'heure à l'autre.

Cette circonſtance fâcheuſe exige que l'on hâte l'Accouchement avec le forceps, ſavoir, lorſque la tête de l'enfant ſe trouve dans la cavité du petit baſſin, & par les pieds, lorſque l'enfant a une poſition contre-nature.

Lorſqu'on s'apperçoit, après que l'enfant eſt ſorti, que le cordon s'eſt ſéparé dans le nombril, l'on ne peut plus faire la ligature des artères; c'eſt pourquoi qu'on doit y appliquer un morceau d'amadou, & le tenir deſſus juſqu'à ce qu'on voie qu'il s'y attache. Après quoi on y applique une compreſſe deſſus, & on l'aſſure avec le bandage ordinaire. Les autres ſtyptiques, tels que le vitriol, l'alun, &c. peuvent avoir des effets funeſtes, à cauſe que ces remèdes aſtringens étant pompés par les vaiſſeaux ombilicaux, occaſionnent des inflammations, des ſquirrhes dans le foie, & même la mort.

Si le cordon s'arrache du placenta, & que celui-ci ſoit encore adhérent à la matrice, il eſt difficile de l'extraire, parce qu'on ne ſait où le trouver, faute de guide.

Le mieux que l'on puiſſe faire dans ce cas-ci, eſt d'accoucher la femme dans ſon lit, afin que ſes membres ſe raccourciſſent, le cordon s'alonge, ſur-tout ſi elle eſt couchée ſur le côté. Ces ſortes d'accidens n'auront alors pas ſi facilement lieu. Lors au contraire qu'elle ſe tient débout, ou qu'elle s'aſſeoit ſur une chaiſe, l'enfant peut ſortir promptement, & donner lieu aux accidens, dont je viens de parler.

SECTION II.

Le cordon entortillé autour du cou de l'enfant.

Il arrive assez souvent, que l'Accouchement est retardé, à cause que le cordon, qui est trop long, s'entortille autour de son corps, de ses bras, de ses jambes, &, ce qui est encore plus embarrassant, autour de son cou. *Voyez la Pl. XII. fig.* 1; car, quoique l'enfant soit dans une position convenable pour sortir, le travail est long, pénible & ennuyant pour la femme, & ne fait aucun progrès. Cette espèce d'Accouchement peut être également dangereux pour la mère & l'enfant, lors surtout que le placenta est arraché avec force, ou que le cordon se rompt; ou l'enfant meurt d'une apoplexie, à cause que le sang ne peut plus refluer de la tête.

On a cependant quelquefois observé, que l'Accouchement s'est terminé heureusement, & sans aucun fâcheux accident pour l'enfant, quoique le cordon fut en plusieurs circuits entortillé autour de son cou. On peut attribuer ce bonheur aux circonvolutions que les vaisseaux ombilicaux forment autour du cordon, auxquelles on donne le nom de nœuds, & qui alongent les vaisseaux sanguins au point, que le cordon devient d'un tiers plus long qu'il ne l'étoit. Cette longueur est suffisante pour empêcher qu'il n'arrache le placenta, & pour faciliter la sortie de l'enfant. Il y a cependant des cas dans lesquels la nature s'écarte; & qui exigent le secours d'un Accoucheur, lors sur-tout que le cordon s'entortille autour du cou de l'enfant.

Lorsque ce dernier se présente naturellement au passage, voici les signes auxquels l'on connoît que le cordon s'est entortillé autour de son cou :

1.° La femme fent beaucoup de douleurs, qui ne font pas de longue durée, mais entrecoupées.

2.° La tête de l'enfant, qui, au commencement du travail, préfentoit le vertex au paffage, fe porte du côté où elle eft tirée par le cordon, & lorfque la matrice fe contracte, elle eft pouffée fi fort vers le bas en droite ligne, que l'on croiroit qu'elle va fortir dans le fort des douleurs.

3.° Après que la douleur eft appaifée, la tête de l'enfant monte auffi haut qu'elle étoit defcendue pendant qu'elle décroît.

4.° Le tronc ne fuit point la tête qui eft fortie, & l'enfant a le vifage d'un gris bleuâtre. Il furvient un petit écoulement de fang à côté de la tête par le vagin.

5.° Après que la tête eft fortie, on fent le cordon entortillé autour du cou de l'enfant.

Lorfque la Sage-femme apperçoit ces fignes, elle doit être affurée que le cordon eft entortillé autour du cou de l'enfant; & elle n'a pas befoin d'autre preuve, comme, par exemple, d'introduire la main par force jufqu'au cou de l'enfant; ce qui eft dangereux, à caufe des contufions qu'on peut caufer par cette manœuvre: elle doit alors baptifer l'enfant.

Quelques-uns confeillent, lorfque le travail dure trop longtems, de terminer l'Accouchement avec le forceps; mais il pourroit arriver, en ufant de violence, qu'on étranglât l'enfant, qu'on arrachât en même tems le placenta, qu'on renverfât la matrice & qu'on la tirât dehors.

Il n'eft pas aifé, à chaque accès de douleur, de retenir avec

les doigts le vertex de la tête de l'enfant, pendant qu'une aide appuie la main ſur le ventre de la femme pour faire deſcendre l'enfant, à cauſe que ſa tête ronde & gliſſante, eſt retirée avec force par le cordon, après que la douleur ceſſe.

On voit par-là, que la Sage-femme n'a autre choſe à faire pour accélérer l'Accouchement, que de profiter du tems que les douleurs ceſſent, pour ſoutenir doucement avec la main le ventre de la femme, & empêcher par ce moyen, que la tête ne remonte : ſi celle-ci eſt ſortie en partie hors de la vulve, elle la retiendra avec les doigts, juſqu'à ce qu'elle ſoit toute dehors.

Lorſqu'elle eſt entiérement ſortie, on examinera laquelle des parties du cordon ſuit le plus facilement, & on la tirera vers ſoi, juſqu'à qu'elle ait aſſez d'étendue, pour la pouvoir gliſſer au deſſus de la tête de l'enfant, & par-là donner la liberté à ſon cou & au cordon.

Au cas que le cordon ſoit tendu au point, de ne pouvoir gliſſer ſur la tête de l'enfant, on coulera l'index de la main gauche entre le cordon & le cou de l'enfant, & on le coupera.

Le cordon s'entortille quelquefois avec tant de force, qu'on ne peut paſſer le doigt entre-deux ; il faut alors le couper avec des ciſeaux ; mais pour pouvoir le ſuivre & le lever avec cet inſtrument ſans bleſſer l'enfant, l'on doit ſe ſervir de ciſeaux courbes, & dont la pointe ſoit émouſſée. La Sage-femme aura ſoin en outre de garantir les lèvres de la vulve de la femme avec la main gauche, pour ne point les offenſer avec les ciſeaux : elle extraira enſuite l'enfant le plus promptement qu'il lui ſera poſſible, & avant de faire la ligature au cordon, elle en laiſſera couler une quantité de ſang, au cas que l'enfant ſoit bouffi.

Il

Il arrive quelquefois dans l'Accouchement naturel, que l'enfant étant ſorti juſqu'à la poitrine ou juſqu'au ventre, le reſte de ſon corps ne peut ſuivre, à cauſe que le cordon eſt entortillé autour de ſon corps, de ſon bras ou de ſa jambe. La Sage-femme doit prendre garde dans ce cas-ci, de ne point arracher le cordon ombilical, en le tirant trop fortement; ce qui l'expoſeroit aux mêmes accidens, dont j'ai parlé ci-deſſus : elle doit tirer le cordon doucement vers ſoi, pour lui donner plus d'étendue & pouvoir mieux le dégager.

SECTION III.

Lorſque le cordon ſort ſeul ou avec quelqu'autre partie de l'enfant.

Le troiſième cas, dans lequel l'Accouchement naturel en apparence peut devenir laborieux & contre-nature de la part du cordon ombilical, eſt, lorſque ce dernier ſort ſeul ou avec quelqu'autre partie de l'enfant par l'orifice de la matrice.

La Sage-femme peut aiſément connoître que le cordon ſort avec une des parties de l'enfant, parce qu'on ſent dans l'enveloppe qui contient les eaux une eſpèce de boyau mol & pulſant, qui, après que les eaux ont percé, ſort hors du vagin quand il eſt fort long.

Elle doit dans ce cas-ci examiner ſoigneuſement, quelle eſt la partie de l'enfant qui ſe préſente avec le cordon; ſi c'eſt, par exemple, ſon bras, ſon pied, ſes feſſes, ſa poitrine, ſon ventre, l'occiput, &c. & s'aſſurer de ſa poſition, parce que l'Accouchement doit alors être précipité, non-ſeulement par rapport au cordon, mais auſſi à cauſe de la mauvaiſe poſition de l'enfant.

Il arrive quelquefois, lorſque les membranes ſe déchirent, que les eaux entraînent une partie du cordon à côté de la tête de l'enfant : celle-ci peut dans ce cas être placée naturellement & de manière, que l'Accouchement ſoit prompt; cependant lorſqu'on abandonne ce dernier à la nature, l'enfant peut mourir en naiſſant, parce que le cordon, s'engageant entre ſa tête & les os du baſſin, empêche la circulation du ſang entre la mère & l'enfant.

Lorſque cet accident arrive, que la tête de l'enfant eſt petite, le baſſin ſpacieux, la femme robuſte, les douleurs fortes, expulſives & continues, qu'elle les fait valoir courageuſement, que le cordon eſt placé dans le creux à côté de la ſaillie de l'os ſacrum & que l'Accouchement eſt prompt, l'enfant peut venir au monde vivant; mais pour l'ordinaire il eſt extrêmement foible. Comme cependant on n'eſt pas toujours aſſuré d'une ſuite auſſi heureuſe, l'on ne peut pas s'y fier, car autrement on abandonneroit la vie de l'enfant au hazard. Dans 50 Accouchemens de cette eſpèce, on n'en trouve quelquefois qu'un, dans lequel l'enfant naît vivant.

Le cordon peut ſortir de deux façons; il peut être placé devant la tête de l'enfant ou à côté.

Lorſqu'il eſt placé à côté de la tête, on ne le ſent point dans la poche formée par les membranes, ſi ce n'eſt après que ces dernières ont percé, & on le trouve ordinairement à l'entrée du petit baſſin, que la tête de l'enfant ne remplit point, à cauſe qu'elle eſt ſituée obliquement. Dans ce cas-ci, la Sage-femme doit ſaiſir avec ſes deux doigts la partie qui fait chûte & la faire gliſſer ſur la tête de l'enfant, en faiſant coucher la femme ſur le côté oppoſé. Lorſque la tête de l'enfant prend

une position naturelle & remplit ce même détroit du petit bassin, de manière à ne laisser aucun passage au cordon, non-seulement le cordon ne suivra point, mais l'Accouchement se terminera naturellement & heureusement.

On place, pour obtenir cet effet, la femme de façon, qu'elle s'appuie sur ses genoux & sur ses coudes, en mettant des coussins dessous, pour qu'elle soit plus commodément. La Sage-femme se place derrière elle, & après avoir fait rentrer le cordon, elle le contient avec les doigts de la main qu'elle a dans le vagin, jusqu'à ce qu'une forte douleur ait fait assez avancer la tête de l'enfant, pour qu'elle remplisse le détroit supérieur du petit bassin & l'orifice de la matrice, pour empêcher la rechûte. Cela fait, la femme se recouche sur le dos, & l'on abandonne le reste de l'Accouchement à la nature.

Quelques-uns sont d'avis, pour empêcher la rechûte du cordon & obvier à la violence que peut souffrir la tête de l'enfant, lorsqu'on appuie les doigts dessus, d'introduire un petit rouleau de ruban ou de toile bien fine, entre la tête & l'orifice de la matrice, dans le vuide qui reste dans le détroit supérieur du petit bassin, par lequel le cordon sort, en laissant sortir l'un des bouts de cette bande hors du vagin, pour pouvoir la retirer le long de la tête, après que le vuide est rempli, & d'abandonner ensuite l'Accouchement à la nature.

Lorsque le cordon sort avant la tête de l'enfant, on le sent au travers des membranes, & après que les eaux ont percé, il tombe dans le vagin & en sort quelquefois. Cela arrive, lorsque l'entrée du petit bassin est grande & la tête petite, quoique cette dernière soit bien ou mal située.

Comme on n'eſt pas toujours le maître de faire rentrer le cordon de manière qu'il ne ſorte plus, la Sage-femme doit ſe hâter de délivrer la femme le plus promptement qu'il lui eſt poſſible, & d'extraire l'enfant par les pieds. Si elle différoit plus long-tems, les eaux pourroient percer, échapper & faire avancer la tête de l'enfant au point, qu'il ſeroit impoſſible de le retourner; ce qui ſeroit cauſe, que l'enfant ſeroit expoſé à une mort infaillible. Lorſque la tête de l'enfant eſt tombée au fond du baſſin, il faut à l'inſtant l'extraire avec le forceps, & au cas qu'on n'en ait point & que le cas ſoit preſſant, introduire deux doigts dans la bouche de l'enfant, & profiter du tems que les douleurs ſont très-expulſives, & que la femme les fait valoir, pour l'extraire. Lorſque l'enfant eſt mort, peu importe que le cordon ſoit ſorti ou non, parce que celui-ci ne peut cauſer d'obſtacle à l'Accouchement. Lorſque le cordon ſort avant la tête, l'on doit aſſurer le ſalut de l'enfant, en l'ondoyant à tems.

Lorſque le cordon vient à ſortir de la manière que je viens de dire, & que les circonſtances exigent, qu'on n'abandonne point l'Accouchement à la nature, la Sage-femme doit avec la main gauche & le coude appuyé ſur ſon genou, pouſſer la tête de l'enfant du côté & ſur l'os des îles gauche, enſuite dégager & tirer le bras, pour le faire tomber ſur le côté droit, après quoi elle ſe conduira pour le reſte comme je l'enſeignerai dans l'endroit, où je traite de l'Accouchement, dans lequel l'enfant préſente le bras droit.

ARTICLE II.

Des défauts du placenta.

Les défauts principaux du placenta, qui peuvent occaſionner un Accouchement laborieux, ſont: ſa mauvaiſe poſition, ſon trop ou trop peu d'adhérence.

Le placenta, pour que fon adhérence & fa pofition foient naturelles, doit être placé dans ou autour du fond de la matrice : il ne doit point fe détacher avant l'Accouchement, ni refter dans la matrice, après qu'il eft terminé. Lorfqu'il n'eft pas affez adhérent à ce vifcère, il peut avant & même dans le tems de l'Accouchement, fe détacher, tomber dans le vagin, être extrait par une main mal-adroite, pendant que l'enfant eft encore dans la matrice ; ce qui occafionne les accidens les plus dangereux, tant pour la mère, que pour l'enfant. Lors, au contraire, que fon implantation eft trop forte, l'on a de la peine à l'extraire après l'Accouchement ; ce qui donne lieu à d'autres accidens.

On met au nombre des défauts du placenta :

1.° Lorfqu'il fe préfente le premier.

2.° Son implantation contre-nature.

3.° Sa rétention après l'Accouchement.

SECTION I.

Lorfque le placenta fe préfente le premier au paffage.

Lorfque la Sage-femme apperçoit une perte de fang chez la femme en travail, elle doit, comme je l'ai dit ci-deffus, examiner avec foin, fi le placenta ne fe préfente pas à l'orifice de la matrice & s'il n'eft pas implanté dans cet endroit.

Le placenta peut s'implanter à la furface interne de l'orifice de la matrice, de manière qu'il le bouche entiérement ou en partie ; c'eft ce qui fait qu'on diftingue deux fortes d'implantation de ce corps, l'une totale & l'autre partielle.

L'implantation totale du placenta à l'orifice de la matrice eſt non-ſeulement dangereuſe, mais elle peut cauſer la mort à la femme avant qu'elle ait accouché, à moins qu'on n'agiſſe dans cette occaſion avec beaucoup de prudence. Lorſque l'adhérence n'eſt que partielle, l'Accouchement peut être quelquefois heureux; lors ſur-tout qu'il ne s'oppoſe point à la ſortie de l'enfant; & c'eſt alors que la perte de ſang n'eſt pas ſi dangereuſe, parce que l'Accouchement ſe termine promptement.

Je vais d'abord parler du cas le plus craintif & le plus fâcheux, dans lequel le placenta eſt collé par le milieu contre l'orifice de la matrice. Il eſt aiſé de diſtinguer les ſignes qui l'annoncent.

1.° La femme éprouve quelquefois à la fin de ſa groſſeſſe, ſans en ſavoir la cauſe, une légère perte de ſang, occaſionnée par la diſtention du col & de l'orifice de la matrice, qui ceſſe par le repos du lit.

2.° Cette perte augmente pendant les douleurs, parce que l'orifice de la matrice ſe dilate davantage, & que le placenta ſe détache de plus en plus; où au contraire la perte occaſionnée par d'autres accidens, lorſque le placenta eſt implanté au fond de la matrice, eſt moindre, parce que le fond de ce viſcère & par conſéquent ſes vaiſſeaux ſe contractent, & qu'en outre la tête de l'enfant, étant plus avancée, bouche l'orifice de ce même viſcère.

3.° Lorſqu'on introduit le doigt dans l'orifice de la matrice, on ne ſent point les membranes au travers de ce corps rond & dur, comme dans l'Accouchement naturel, lorſque la tête de l'enfant ſe préſente; tout au contraire, le col & l'orifice de la matrice paroiſſent comme remplis avec une éponge.

On ne doit point ſe méprendre ici, car il peut arriver, qu'après des douleurs fortes & violentes & à cauſe de la contraction de la matrice, on rencontre des grumeaux de ſang à l'entrée de ſon orifice, que l'on prendroit pour le placenta. Il eſt cependant aiſé de le diſtinguer, parce que les caillots ne ſont point adhérens, & qu'on peut les diviſer & extraire avec le doigt; au lieu que le placenta eſt un corps plus ferme, & qu'on ſent les vaiſſeaux, avec leſquels il s'implante à l'orifice de la matrice.

Il arrive quelquefois, que la poche formée par les eaux, s'inclinant vers le ſacrum de la mère, ſe préſente très-flaſque au toucher, & comme cette poche eſt long-tems à ſe remplir, & qu'elle forme une boſſe, elle ne s'étend que très-lentement, & la figure qu'elle forme, correſpond ſi bien à la molleſſe du placenta, qu'on pourroit aiſément la confondre avec ce dernier; mais on la diſtingue, en ce qu'elle n'eſt point accompagnée d'une perte de ſang.

Il s'enſuit de ce que je viens de dire, qu'on pourroit très-bien, faute d'attention, ſe méprendre, agir de travers & commettre les bévues les plus lourdes, tant à l'égard des pronoſtics que l'on forme aux ſpectateurs, & dont la réputation d'une Sage-femme dépend, qu'à l'égard des opérations que l'on fait; ce qu'il n'arrive point, lorſqu'on agit avec des réflexions mûres.

Lorſque le placenta étant placé ſur l'orifice de la matrice, il ne ſurvient aucune douleur, que l'orifice de la matrice ſe dilate peu ou ne s'ouvre point du tout, que la perte de ſang eſt très-légère, & par conſéquent le tems de l'Accouchement éloigné, on doit recommander le repos à la femme & lui donner un bouillon léger, juſqu'à ce que le terme de cet Accouchement laborieux & dangereux ſoit arrivé. Les douleurs

ne font alors que très-foibles & ne dilatent l'orifice de la matrice que fort peu ; mais à mesure qu'elles augmentent, la perte de sang devient plus abondante, & à proportion que celle-ci augmente, les douleurs diminuent & même cessent.

Lorsqu'il n'y a que la moitié du placenta implantée sur l'orifice de la matrice, on le reconnoît à ce qu'on ne sent qu'une partie de ce dernier, & une partie des eaux, & au travers de celles-ci, une partie de la tête de l'enfant. Si les douleurs sont fortes & continues ; si la perte est médiocre, & qu'à chaque accès de douleur, la tête de l'enfant, dont la position est naturelle, avance de plus en plus dans l'orifice de la matrice, la Sage-femme peut abandonner cet Accouchement à la nature, & la raison en est, que la tête de l'enfant en avançant, presse tellement les vaisseaux ouverts de la partie du placenta qui la devance, & qui s'est détachée, contre les os du bassin, que l'hémorrhagie non-seulement diminue, mais cesse quelquefois entiérement, & que l'Accouchement se termine heureusement. Comme ceci n'est pas une regle générale, la Sage-femme doit être très-circonspecte & avoir toujours les yeux sur la perte. Lorsqu'elle s'apperçoit que la tête de l'enfant ne pourroit avancer assez vîte, & que la perte augmente, elle ne doit plus être simple spectatrice des opérations de la nature, mais tourner l'enfant & l'extraire par les pieds, pour terminer l'Accouchement le plus promptement qu'il est possible.

Si au contraire le placenta est tout entier implanté sur l'orifice de la matrice, elle ne sentira, comme je l'ai dit ci-dessus, ni la poche qui contient les eaux, ni encore moins la tête de l'enfant. Dans ce cas-ci, les douleurs sont au commencement très-foibles, & n'ouvrent que très-peu l'orifice de la matrice ; mais

mais à mesure qu'il s'ouvre davantage, le placenta se détache de plus en plus, & la perte de sang devient plus abondante à chaque nouvel accès de douleur.

Les douleurs cessent enfin peu à peu, sans qu'on puisse les faire revivre par aucun remède interne ou externe, & la femme perd tout-à-fait ses forces. Il ne reste d'autre remède dans un cas aussi dangereux que celui-ci, qui est de retourner l'enfant, & de l'extraire par les pieds. Au cas que l'orifice de la matrice ne soit pas encore assez ouvert, pour pouvoir y introduire la main, on tâchera de le dilater avec les doigts, avec le plus de précaution que l'on pourra ; ce qui est facile à faire, à cause que la matrice est affoiblie & son orifice plus mou ; après quoi l'on détachera une partie du placenta, pour se frayer un passage vers l'enfant.

Voici comment la Sage-femme doit s'y prendre, pour réussir dans cette opération : après avoir averti les assistans ou les personnes qui s'intéressent à la femme en travail de la circonstance fâcheuse dans laquelle elle se trouve, elle introduira la main par le vagin jusqu'à l'orifice de la matrice ; elle cherchera ensuite l'endroit où le placenta est le plus détaché ou le moins adhérent ; elle commencera par lever cette portion peu à peu & à la détacher autant qu'il le faut, pour pouvoir introduire les doigts entre-deux. Elle la poussera de côté, & ayant trouvé les membranes, elle les percera, pour reconnoître la position de l'enfant, afin de le pouvoir retourner le plus promptement qu'il lui sera possible & l'extraire par les pieds. La chose sera d'autant plus facile à faire, que les eaux ne s'étant point encore entiérement écoulées, & que la matrice est peu contractée. L'enfant n'est pas plutôt sorti, que le placenta le suit. Dans le cas où il ne le fait pas, l'on introduit de nouveau la

main & l'on acheve de détacher ce qui en reste : ceci est rarement nécessaire, parce qu'il se détache suffisamment à mesure qu'on extrait l'enfant, après quoi l'hémorrhagie cesse.

L'heureux succès de cet Accouchement dangereux dépend entiérement de la promptitude & de la dextérité avec laquelle on retourne l'enfant : c'est pourquoi la Sage-femme doit agir dans cette occasion avec autant de fermeté que d'adresse, pour terminer promptement l'Accouchement sans retirer la main, après l'avoir introduite une fois dans la cavité de la matrice, pour commencer de nouveau ; car le sang sort en abondance lorsqu'elle la retire, où au contraire la main, étant serrée dans l'orifice de la matrice, comprime en quelque façon les vaisseaux ouverts. C'est pourquoi l'on doit, avant de mettre la main à l'œuvre, procurer à la femme une situation convenable, pour ne plus la lui faire changer.

Quelques Accoucheurs prétendent qu'on doit extraire le placenta avant l'enfant : d'autres veulent qu'on le perce d'abord dans le milieu, pour faciliter la sortie de l'enfant ; mais ces deux opinions ne me paroissent pas bien fondées, sur-tout la première, & leur exécution peut avoir des suites funestes. Pour pouvoir extraire le placenta avant que l'Accouchement soit terminé, il faudroit commencer par le détacher tout-autour, & si l'hémorrhagie étoit abondante, elle feroit à coup sûr mortelle, parce que l'orifice de la matrice ne se peut contracter : ajoutez à cela, qu'il faudroit arracher avec force le placenta des enveloppes, dans lesquelles l'enfant est enfermé, pour pouvoir l'extraire avec une partie du cordon ; ce qui causeroit immanquablement la mort de l'enfant. Le cas pourroit aussi devenir funeste en perçant le placenta, & la raison en est, qu'il y a dans son centre de grosses branches de vaisseaux, qu'on ne manqueroit pas de déchirer. On pourroit, il est vrai, en

s'y prenant de la ſorte, détacher tout d'un coup le placenta ; mais peut-on ſe promettre, que l'Accouchement ſe terminera promptement? ne ſurviendroit-il pas à l'inſtant une hémorrhagie, dont la mère & l'enfant ſeroient les malheureuſes victimes?

Malgré ce que je viens de dire, quelques-uns prétendent qu'il eſt moins dangereux de percer le placenta dans le milieu, que de le détacher de côté, parce, diſent-ils, que les vaiſſeaux de la matrice ſont plus éloignés de cet endroit, & que la main de la Sage-femme ſert d'un tampon à ce lieu, qui, par ſa preſſion ſur les vaiſſeaux, arrête en partie l'hémorrhagie. Je n'ai point encore éprouvé cette méthode, laquelle a été propoſée de nouveau par le Profeſſeur LAUVERJAT à Paris, ſelon le rapport de mon ami M. CLERCK, Chirurgien-accoucheur, très-diſtingué & Prévôt de mon Ecole; mais il me paroît que pour la pratiquer avec ſuccès, il faut autant de prudence que de dextérité; car on expoſe le placenta à un décollement total par cette opération.

Le cas exige qu'on perce le placenta au milieu, lorſque la tête de l'enfant eſt fort avancée au paſſage, & que ce corps eſt dans le milieu fort mince & tendu, de ſorte qu'on peut eſpérer que l'Accouchement ſera promptement terminé, ſoit par la nature, ſoit avec le ſecours du forceps ; mais ce cas eſt rare, & peut être l'unique entre mille de cette eſpèce : il eſt donc bien plus prudent, de ne pas s'y fier, mais de retourner l'enfant à tems, lors ſur-tout qu'on s'apperçoit que la femme en travail commence à s'affoiblir & les douleurs à diminuer.

SECTION II.

L'implantation du placenta contre-nature.

L'implantation ordinaire du placenta durant la groſſeſſe, eſt au fond de la matrice, ainſi qu'on l'a obſervé en ou-

vrant les cadavres de celles qui ſont mortes enceintes, & en portant la main dans la matrice pour chercher ou détacher le placenta de celles qui ſont vivantes. Il n'y a cependant aucun endroit dans toute la périphérie de la matrice, qui ne ſoit ſuſceptible de cette implantation ; la plus fâcheuſe eſt celle ſur la ſurface interne de l'orifice de la matrice, pour les raiſons que j'ai dites ci-devant. Les autres implantations du placenta peuvent uniquement occaſionner un décollement prématuré de ce corps, une mauvaiſe poſition de l'enfant & l'obliquité de la matrice. J'ai démontré la manière dont on ſe doit conduire dans ces ſortes de cas.

SECTION III.

La rétention du placenta après l'Accouchement.

J'ai parlé fort au long de cet article dans la 1.e Partie, pag. 120. & j'y renvoie le Lecteur.

ARTICLE III.

Des défauts des membranes de l'enfant.

Il eſt rare que les membranes, dans leſquelles l'enfant eſt enveloppé, ſoient ſujettes à un défaut contre-nature, & quand cela eſt, il eſt ordinairement de fort peu de conſéquence; elles peuvent nonobſtant retarder l'Accouchement, lorſqu'elles ſont trop épaiſſes ou trop minces.

SECTION I.

Les membranes trop épaiſſes.

On remarque quelquefois que la tête de l'enfant avance juſqu'entre les lèvres de la vulve, ſans que les enveloppes ſe déchirent. On s'apperçoit auſſi-tôt dans ce cas-ci, qu'elles

ſont extrêmement épaiſſes & auſſi coriaces qu'un fin parchemin, de manière qu'on a quelquefois de la peine à les déchirer avec les doigts. Lorſque cela arrive, il faut les ouvrir avec des ciſeaux, mais de la manière & avec la même précaution, dont j'ai parlé dans la première Partie, pour ouvrir un paſſage à la tête de l'enfant & empêcher que celui-ci & ſes dépendances, ou l'œuf entier ne ſoit expulſé inopinément & ſubitement; ce qui ſeroit cauſe qu'il mourroit ſuffoqué, faute de pouvoir reſpirer.

Il n'eſt pas toujours néceſſaire d'attendre, pour les percer, qu'elles ſoient ſorties hors des lèvres de la vulve; car lorſqu'on s'apperçoit qu'elles ſont extrêmement diſtendues, que l'orifice de la matrice eſt ſuffiſamment dilaté, que la femme eſt affoiblie, & que pour le reſte l'on ne prévoit point d'obſtacle ultérieur, on peut les rompre de meilleure heure, après quoi la tête de l'enfant perce ordinairement tout à coup, parce que la capacité de la matrice étant diminuée par l'écoulement des eaux, elle peut mieux agir, pour terminer l'Accouchement.

La Sage-femme doit ſe conduire dans tous ces cas-ci avec beaucoup de prudence, ainſi que je l'ai dit pluſieurs fois; car les membranes épaiſſes peuvent être d'une grande utilité; par exemple, lorſque la femme eſt fort âgée, qu'elle accouche pour la première fois, & que les muſcles ſacro-iſchiatiques cédent difficilement, à cauſe de leur rigidité; parce que ces ſortes de membranes épaiſſes les écartent, ce qui rend l'Accouchement moins laborieux.

SECTION II.

Les membranes trop minces.

Lors, au contraire, que les membranes ſont extrêmement

minces, & que la nature ou la Sage-femme a l'imprudence de les déchirer avant que l'orifice de la matrice foit fuffifamment dilaté, les eaux s'écoulent avant le tems; l'orifice de la matrice ne s'ouvre pas affez; les douleurs n'agiffent pas autant qu'il le faudroit, ni fur l'enfant, ni fur la matrice pour les faire avancer dans le baffin; ce qui retarde l'Accouchement & le rend laborieux.

On ne connoît aucun moyen pour remédier à ce défaut; les injections ne produifent aucun effet: il faut donc attendre & voir en quoi la nature manque. Si la tête de l'enfant n'eft pas affez avancée, & qu'on s'apperçoive que l'orifice de la matrice n'eft pas fuffifamment dilaté, il faut à chaque accès de douleur le dilater un peu, en y introduifant un ou deux doigts; mais avec précaution, de crainte de le déchirer & de l'obliger à fe refferrer. On ne doit pas s'imaginer que l'orifice de la matrice fe dilate aifément: il eft donc de la prudence de ne rien faire.

ARTICLE IV.

Du défaut des eaux.

L'Accouchement peut également être retardé, lorfque les eaux, dans lefquelles l'enfant nage, font en trop grande ou en trop petite quantité.

SECTION I.

La trop grande quantité d'eau.

Lorfque la cavité de la matrice (il eft indifférent par quelle caufe) fe trouve remplie d'une trop grande quantité d'eau, elle fe diftend confidérablement, au moyen de quoi elle perd beaucoup de fon élafticité & tombe dans une efpèce d'inertie: dans ce cas-ci, le ventre groffit confidérablement, & lorfqu'au commencement de l'Accouchement les eaux ne s'écoulent point en quantité fuffifante, les douleurs n'agiffent prefque point fur

ce viſcère; ce qui eſt cauſe qu'elle ne peut ſe contracter. Lorſqu'on eſt totalement aſſuré de cette trop grande abondance d'eau, il faut percer les membranes de bonne heure, & au cas qu'elles ſe ſoient ouvertes, & que la tête de l'enfant bouche entiérement l'orifice de la matrice, de ſorte qu'elles ne puiſſent plus s'écouler, il faut, pendant que les douleurs durent, la lever avec deux doigts, pour en faire écouler une partie; ce qui facilite la contraction de la matrice, augmente ſes forces & fait qu'elle agit plus efficacement ſur l'enfant. On ne doit pas les évacuer tout à coup, mais à différentes repriſes. On mêle du vin rouge ou du vinaigre avec de l'eau froide, & on l'applique ſur le ventre de la femme, ou bien on le frotte avec des linges que l'on parfume avec des aromatiques, ou bien on lui fait avaler de l'eau de canelle, pour prévenir l'hémorrhagie que peut occaſionner la foibleſſe de la matrice.

SECTION II.

Le défaut d'eau.

Il arrive quelquefois, malgré les apparences les plus heureuſes, qu'il ſe trouve très-peu d'eau & même qu'il ne s'en trouve point du tout entre la tête de l'enfant & les membranes qui l'enveloppent. Dans le premier cas, il ne faut point toucher à ces dernières, dans l'eſpoir, que venant à ſe gonfler de plus en plus, elles dilateront le paſſage. Dans le ſecond cas les membranes étant déchirées, ou en cas que non, on doit les percer, lever, ainſi que je l'ai dit ci-deſſus, avec deux ou trois doigts la tête de l'enfant, pour les faire écouler, & faciliter la contraction de la matrice.

Lorſque les eaux s'écoulent trop tôt, la matrice ſe contracte ſur l'enfant, de même qu'un gant ſur la main; ce qui retarde l'Accouchement & fait qu'on a toutes les peines du monde à retourner l'enfant. Il faut, lorſque les eaux manquent, uſer de patience, vu qu'on ne peut en augmenter la quantité.

Il y a quelques Sages-femmes, qui, lorfque dans le tems de l'Accouchement elles ne fentent dans l'orifice de la matrice aucune poche, pendant que les membranes font tendues fur la tête de l'enfant, quoiqu'elle foit déjà avancée, comme je l'ai dit ci-deffus, s'imaginent auffi-tôt que les eaux ont percé; & comme dans ce cas-ci l'Accouchement n'avance que très-lentement, elles n'abandonnent point leur ancienne & damnable pratique d'irriter fans ceffe l'orifice de la matrice, pour le dilater en repouffant auffi le coccix; &c. ce qui eft caufe que les membranes, qui feroient peut-être remplies, fe déchirent, & que l'Accouchement devient auffi long que laborieux. Elles favent alors parfaitement cacher leur erreur, & pour exalter leur action, elles difent & affurent même avec ferment, que l'enfant eft venu au monde fans le fecours des eaux; ce qui a occafionné, difent-elles, pour autant que cela leur eft connu, un Accouchement très-long & très-laborieux. Elles ajoutent, que fans leurs fecours (il feroit à fouhaiter cependant qu'elles n'euffent rien fait) il n'auroit jamais vu le jour. Elles appellent cette efpèce de travail, un travail fec.

Si elles connoiffoient le méchanifme de l'Accouchement, elles ne toucheroient jamais ou du moins qu'en tremblant ces membranes, vu qu'elles font fi minces chez quelques femmes & fi délicates, qu'elles fe déchirent aifément, foit avec les doigts de la Sage-femme, foit par les efforts que fait la tête de l'enfant, de manière que le déchirement prématuré des membranes & par conféquent le défaut d'eau forment un obftacle, tant à l'Accouchement naturel, qu'à celui contre-nature.

FIN DE LA SECONDE PARTIE.



ÉCOLE PRATIQUE
DES
ACCOUCHEMENS.

III. PARTIE,

Dans laquelle on traite des Accouchemens contre-nature.

CHAPITRE I.

De l'Accouchement contre-nature en général.



J'Ai dit ci-devant qu'on donne le nom d'Accouchement contre-nature à tous ceux, dans lesquels un enfant présente au passage toute autre partie du corps que la tête, ce qui oblige de le terminer par les pieds.

Ces sortes d'Accouchemens peuvent, de même que les naturels, être faciles ou laborieux.

Les plus aisés à terminer, sont ceux dans lesquels l'enfant se présente par le siège ou en double, le dos tourné vers le pubis de la mère; ou par les pieds, les talons en avant & les orteils en arrière. Lorsqu'il n'a aucun vice de conformation, qu'il ne rencontre aucun obstacle dans son passage, & que l'Accouchement se termine en peu de tems, mais pas trop promptement, à cause des accidens qui peuvent en résulter; car on peut dans ces sortes d'Accouchemens violenter la nature & exposer la femme à un danger mortel, ainsi que je le montrerai dans la suite.

La difficulté des Accouchemens contre-nature provient pour l'ordinaire de la mauvaise position de l'enfant dans la matrice, & elle suffit pour l'empêcher de sortir, lors même qu'il n'a rien sur son corps, qui puisse s'opposer à son passage.

Il n'y a pas un point sur toute la surface du corps de l'enfant, par lequel il ne puisse se présenter au passage. Pour connoître les différentes positions qu'il peut avoir lorsqu'il se présente, il faut les examiner toutes, & avoir une idée juste de chacune en particulier.

Sa position peut être naturelle ou telle que je l'ai dit ci-dessus, c'est-à-dire, l'occiput tourné du côté de l'os pubis & le visage de celui de l'os sacrum. Toute autre position qui s'éloigne de celle-ci, peut rendre un Accouchement laborieux ou contre-nature. Il est laborieux, lorsque la nature, après un long travail, vient à bout de surmonter les obstacles qui le rendent tel, avec un danger imminent pour la mère & pour son enfant. Ces obstacles sont, par exemple, lorsque le sommet de la tête de l'enfant ne se trouve point directement sur l'axe du bassin, & qu'au contraire il a le visage tourné du côté de l'os pubis de sa mère, ou que présentant les fesses, il doit naître en double;

ce que la nature ne peut opérer qu'avec beaucoup de tems & de peine, & souvent qu'avec le secours de l'art.

La position contre-nature, est celle qui fait que l'Accouchement ne peut se terminer, qu'avec le secours de l'art.

Les signes généraux de l'Accouchement contre-nature, avant que les eaux aient percé, sont les suivans :

1.° Le ventre de la femme enceinte, n'a pas la même forme que lorsque la position de l'enfant est naturelle.

2.° Chez quelques femmes, les douleurs, au commencement du travail, sont vraies, chez d'autres, compliquées avec les fausses, & par conséquent mixtes. Les unes & les autres ne font aucun progrès & sont même nuisibles.

3.° Le cercle de l'orifice de la matrice n'est pas parfaitement rond, comme dans l'Accouchement naturel, mais un peu ovale, & les membranes se présentent sous la même forme, comme on le voit, *Pl. VI. fig.* 5.

4.° La poche formée par les membranes est moins remplie, moins dure & moins saillante, & lorsque l'enfant se présente par une de ses extrêmités, elle a la forme d'un boudin. On ne sent quelquefois rien à travers, & d'autres fois, l'on ne sent qu'une petite partie de l'enfant.

5.° Lorsque les membranes se déchirent, il en sort tout d'un coup une grande quantité d'eau. Ce seul signe suffit pour connoître que l'Accouchement est contre-nature, sans qu'il soit besoin de toucher la femme ; car dans celui qui est naturel & facile, il n'y a que l'eau contenue dans la poche

formée par les membranes, qui sort, & cet écoulement ne peut continuer, parce que la tête de l'enfant prend aussi-tôt la place qu'occupoit cette poche; ce qui n'arrive point, lorsqu'il est situé contre-nature ou transversalement dans le bassin, comme il ne peut pas descendre pour remplir l'orifice de la matrice, il laisse par conséquent un vuide entre lui & cette dernière partie; ce qui est cause que les eaux s'écoulent & s'échappent toutes à la fois.

6.° Après que les dernières se sont écoulées, l'on peut aisément connoître par le toucher la partie qu'il présente au passage, de même que la position qu'il a dans la matrice.

Je me propose de parler de chacune de ces positions contre-nature séparément; mais comme la plûpart exige que l'on retourne l'enfant, & que cette manœuvre étant la plus importante de l'art des Accouchemens, je vais prémiérement indiquer les cas qui exigent que l'on retourne l'enfant, & qu'on l'extraie par les pieds, de même que la manière dont on doit s'y prendre pour réussir. Je ne prétends point discuter, ni encore moins critiquer les découvertes & les systêmes de ceux qui ont traité cette matière, mais prouver seulement à ceux qui liront mon Ouvrage, que les moyens que j'indique ici pour retourner un enfant situé contre-nature, sont fondés sur des principes sûrs & incontestables, appuyés sur les épreuves qu'on en a faites sur différentes femmes, & confirmés par les découvertes que l'on fait tous les jours. On les comprendra d'autant plus aisément, que chaque manœuvre est représentée dans une figure; ce qui ne peut que plaire infiniment au Lecteur.



CHAPITRE II.

Des circonſtances qu'on doit obſerver pour retourner un enfant.

TOurner ou retourner un enfant, eſt une opération de la main, que l'on pratique pour terminer l'Accouchement, en l'amenant & l'extrayant par les pieds.

Il eſt en général néceſſaire de retourner l'enfant, 1.° lorſque dans le tems de l'Accouchement, il eſt ſitué de manière, que la nature ne peut l'effectuer; car à moins d'une néceſſité abſolue, on ne doit ni on ne peut le faire, par exemple, pour s'exercer dans cette manœuvre ou pour hâter l'Accouchement, parce qu'on ne pourroit pratiquer cette opération ſans cauſer des douleurs à la mère, & ſans expoſer la vie de l'enfant, à cauſe de la preſſion qu'éprouve le cordon ombilical. 2.° Lorſque la matrice a une obliquité abſolue. 3.° Lorſque l'enfant étant vivant, le cordon ſort avant ſa tête, & qu'on ne peut plus le faire rentrer. 4.° Lorſqu'il ſurvient une hémorrhagie occaſionnée par le placenta, qui ſe préſente à l'orifice de la matrice. 5.° Lorſque l'orifice de ce viſcère étant ouvert, la femme eſt attaquée de convulſions, qui la menacent de la mort.

Avant de retourner l'enfant, l'on doit faire attention aux circonſtances ſuivantes:

1.° Que l'orifice de la matrice ſoit aſſez dilaté, pour pouvoir y introduire aiſément trois doigts à la fois, comme on le voit, *Pl. VI. fig.* 3.; car il eſt dangereux de le dilater avec violence, à cauſe du déchirement, de l'hémorrhagie, des convulſions & des autres accidens que l'on peut occaſionner.

2.° L'enfant doit être à terme, car ceux qui n'ont que six mois, sur-tout lorsqu'ils sont morts & pourris, peuvent être expulsés par la nature dans toutes sortes de situation.

3.° On doit s'assurer, s'il est encore possible de retourner l'enfant; car lorsque le bassin est étroit & mal conformé, que l'enfant est extrêmement gros, que sa tête ou ses fesses remplissent entiérement la cavité du petit bassin, on ne doit point tenter de le retourner, & la raison en est, qu'on n'élargiroit point le bassin & qu'on ne diminueroit point la tête. Le seul avantage qu'on a dans ce cas-ci, en retournant l'enfant, est qu'on peut tourner la tête de manière, que son grand diamètre se trouve sur celui du bassin de sa mère; car il peut se faire qu'ils soient tous les deux fort grands, comme je l'ai dit, pag. 45. Lorsque la tête est engagée dans le petit bassin, on doit alors employer le forceps. Je dirai dans la suite ce qu'on doit faire, lorsqu'il présente les fesses.

4.° Que lorsqu'on a dessein de retourner l'enfant, on doit auparavant très-scrupuleusement s'assurer de sa situation, en touchant la partie qu'il présente à l'orifice de la matrice, & en examinant l'état du ventre de la mère.

5.° Que dans le cas où l'on est obligé de le retourner, on doit le faire aussi-tôt que les eaux percent, ou que n'ayant pas percé, l'orifice de la matrice est au second degré de dilatation, *voyez la Pl. VI. fig.* 3.; car il est plus aisé de retourner l'enfant, lorsque la matrice est encore distendue; on cause d'ailleurs moins de douleur à la femme, que lorsqu'on attend que les eaux soient entiérement écoulées, & l'on est plus assuré de conserver la vie de l'enfant.

6.° Que lorsqu'on veut pratiquer cette manœuvre, on doit

placer la femme de façon, qu'étant couchée ſur le dos, ce dernier ſoit placé bas & ſes feſſes élevées; de ſorte, que ſes parties naturelles ſoient de niveau avec le nombril de l'Accoucheur, pour que celui-ci puiſſe ſans aucune gêne, y introduire la main. La meilleure poſition que l'on puiſſe faire prendre à la femme, eſt de la coucher de travers ſur ſon lit, comme on le voit, *Pl. VII. fig.* 2. Une aide placée derrière, ſoutient ſa tête & ſes épaules; deux autres aſſiſes ſur des chaiſes fort baſſes, tiennent de chaque côté, ſavoir celle qui eſt du côté droit, avec la main droite ſon pied droit, qu'elle appuie ſur ſon genou gauche, & avec la gauche le genou du même côté, & l'aide qui eſt à gauche agit de même de ſon côté. Toutes les deux lui plient les genoux & les écartent; l'Accoucheur ſe place entre-deux & retourne l'enfant étant débout ou aſſis, ſelon la poſition haute ou baſſe de la femme.

7.° Lors cependant qu'on eſt obligé d'extraire les pieds de l'enfant du côté du pubis de la mère, on trouve beaucoup de difficultés à ſurmonter, ſi l'on ne donne pas d'autre ſituation à la femme, que celle d'être couchée ſur le dos. Pour mieux réuſſir, on doit la placer ſur le côté, ou ce qui eſt encore mieux, la faire appuyer ſur ſes coudes & ſur ſes genoux; alors on introduit la main par derrière entre les feſſes dans la matrice, pour ſaiſir les pieds de l'enfant & les extraire. Lorſque la matrice eſt obliquement ſituée, pour introduire plus aiſément la main dans ce viſcère, & trouver les pieds de l'enfant, la femme doit ſe coucher ſur le côté, par exemple, ſur le gauche, lorſque l'Accoucheur doit agir de la main droite, & *vice-verſâ.* Lorſque les pieds ſont déjà avancés dans le paſſage, la femme ſe tourne avec la cuiſſe droite ſur le bras de celui qui tient ces pieds, & ſe recouche enſuite ſur le dos, comme je l'ai dit ci-deſſus, pour terminer l'Accouchement.

8.° Que pour trouver les pieds de ce dernier, on doit bien s'aſſurer de l'endroit, où ils ſont placés, & que pour les chercher, on ne doit pas conduire ſa main en commençant par la nuque & l'épine du dos, mais toujours par ſon viſage, ſa poitrine, ſon ventre, ſes aines, ſes cuiſſes & ſes genoux, placer le pouce dans le pli de ces derniers & les doigts, de ſorte, que le petit touche les orteils. *Voyez la Pl. XIV. fig.* 3.

9.° Que pour s'aſſurer de la poſition des bras de l'enfant, les dégager & les extraire, on coule l'index le long de ſon ventre & de ſa poitrine, juſque ſous l'aiſſelle, d'où l'on deſcend ſur ſon coude; *voyez la Pl. XI. fig.* 2.; car lorſqu'on manque à ce précepte, on peut aiſément ſe tromper ſur leur poſition.

10.° Que lorſque la tête de l'enfant eſt trop groſſe pour pouvoir ſortir, on doit dégager un ou deux bras & l'extraire, pour avoir la facilité de pouvoir tourner ſa tête du côté du diamètre oblique du petit baſſin. *Voyez la Pl. XI. fig.* 7. Si l'on reconnoît qu'ils ſont placés à côté de ſa tête, & ſi l'on prévoit que celle-ci n'eſt point trop groſſe, il eſt inutile d'extraire les bras.

11.° Que lorſqu'on a extrait les deux bras, on doit, pour empêcher que l'orifice de la matrice en ſe contractant, ne ſerre le cou de l'enfant, poſer les doigts ſur ſon menton ou ſur ſa bouche. *Voyez la Pl. XI. fig.* 10.

12.° Que pour dégager le bras, on doit rapprocher l'avant-bras de ſa poitrine & gliſſer ſa main le long de cette dernière partie & de ſon ventre, & puis la placer à côté de ſa cuiſſe. *Voyez la Pl. XI. fig.* 7 *&* 9.

13.°

13.° On doit gliſſer le bras qui eſt placé derrière la tête de l'enfant & ſur ſon cou, à côté de ſon oreille avec l'index de la main droite, ſi c'eſt le bras gauche, & *vice-verſâ. Voyez la Pl. XI. fig.* 5.

14.° On doit extraire le bras qui eſt placé ſous le pubis de la mère ſur ſon dos & le placer à côté de ſa cuiſſe; *fig.* 6. *de la même Planche.* On extraira de même le bras qui eſt placé ſur ſa poitrine. *Voyez la fig.* 7. On agira de la même manière dans tous les cas où les bras ſont ainſi pliés, & ne peuvent point gliſſer à côté de la tête de l'enfant.

15.° On ne dégage ni on n'extrait les bras de l'enfant, qu'après que ſes feſſes ſont ſorties.

16.° On placera ſon pouce ſous le genou de l'enfant & on le rapprochera de ſon ventre, pour raccourcir cette partie & l'extraire le long du grand diamètre du petit baſſin, mais jamais le long de la ſaillie de l'os ſacrum.

17.° On ne doit jamais tirer les pieds de l'enfant le long du dos par-deſſus les épaules, de crainte de lui froiſſer non-ſeulement les jambes & les cuiſſes, mais encore l'épine du dos; ce qui eſt cauſe, que les enfans naiſſent paralytiques, & parce qu'on riſque, quand on repouſſe la tête à cauſe de ſa ſituation oblique, & qu'on veut terminer l'Accouchement par les pieds, de la faire deſcendre en même tems dans le petit baſſin; ce qui peut occaſionner un obſtacle inſurmontable, à moins qu'on ne puiſſe de nouveau repouſſer les pieds par-deſſus les épaules, tourner l'enfant ſur le côté, & après lui avoir dégagé le bras, l'extraire par les pieds.

18.° La paume de la main doit être toujours tournée vers la

partie de l'enfant qu'on veut faifir, foit pour la tourner, foit pour l'amener dehors.

19.° Lorfque les bras ou les jambes de l'enfant fe préfentent au paffage, ils fervent de guide à la main qui doit l'extraire: on doit obferver de ne point couler l'index fur le dehors du bras ou de la jambe, mais en dedans, je veux dire, fous l'aiffelle & en l'avançant vers & le long de la poitrine; & fi c'eft par les pieds; en l'avançant en dedans de la jambe & de la cuiffe, jufque dans les aines, comme on le voit, *Pl. X. fig.* 2. *& Pl. XIV. fig.* 2. Lorfqu'on néglige cette précaution, on ramène aifément les pieds fur le dos de l'enfant; ce qui caufe une difficulté, comme je l'ai obfervé, art. 17.

20.° On doit fe fervir de la main droite, lorfque la tête de l'enfant repofe fur l'os des îles gauche de la mère, & fur fon côté droit. *Voyez la Pl. XIV. fig.* 2., & *vice-verfâ*, afin que le pouce de la main qui agit, fe trouve placé directement dans le pli du genou.

21.° On doit toujours faifir les bras & les jambes de l'enfant au-deffus de leur jointure & jamais ailleurs; fi l'on agiffoit autrement, ces parties ne pourroient pas fléchir, & on courroit rifque de les caffer.

22.° L'effort qu'on eft obligé de faire avec la main, doit plutôt agir fur l'enfant que fur la matrice de la mère, parce que cette dernière eft extrêmement fenfible & fujette aux inflammations.

23.° Lorfqu'une partie de l'enfant, par exemple, la tête fe préfente, & qu'on la foulève pour chercher les pieds, il faut qu'un aide l'affujettiffe avec les mains fur le ventre de la femme, pour empêcher que la matrice ne fe déchire.

24.° Que dans le cas où la femme a le ventre penché au-deſſus du pubis en forme de beſace, il n'y a point d'obſtacle pour introduire la main, mais pendant qu'on opère, l'enfant ſe tourne avec la main dans la matrice; ce qui empêche de pouvoir bien ſaiſir & amener la main ou le pied de l'enfant: il faut dans ce cas qu'un aide ſoulève le ventre de la femme, ou à ſon défaut, le ſoulever & le ſoutenir ſoi-même avec la tête, pendant qu'on emploie la main pour extraire.

25.° Qu'on ne doit jamais agir dans le fort des douleurs, & que même on doit interdire à la femme de les faire valoir, pendant qu'on retourne l'enfant; car quoique les douleurs dilatent l'orifice de la matrice, elles repouſſent en même tems la main de l'Accoucheur & font deſcendre l'enfant ſi avant dans le petit baſſin, qu'on rencontre un double obſtacle pour le tourner & ſaiſir ſes pieds.

26.° On ne doit graiſſer que le dos de la main, car ſi on la graiſſoit en dedans auſſi-bien que les doigts, elle gliſſeroit ſur la partie, & on ne pourroit ni la ſaiſir, ni l'extraire.

27.° Avant de retourner l'enfant, on doit ondoyer la partie avec laquelle il ſe préſente au paſſage, à moins qu'on ne ſoit vraiment aſſuré qu'il eſt mort.

28.° Que pour introduire la main dans le vagin & dans la matrice, on doit s'y prendre de la manière ſuivante: on introduit d'abord l'index & le doigt du milieu dans le premier, & enſuite le troiſième & le quatrième en plaçant le pouce de façon, que le tout enſemble forme une eſpèce de cône, que l'on introduit en tournoyant dans le vagin. Après

que cette partie eſt dedans, on tâche d'introduire de la même manière la main dans la matrice par ſon orifice.

29.° Que pour bien ſoutenir le bras qui doit agir pendant qu'on repouſſe la tête, le dos, les hanches, &c. de l'enfant, ou qu'on cherche les pieds fort haut dans la matrice, on doit appuyer ſon coude ſur ſon genou du même côté, au moyen de quoi, le bras a plus de force & l'on ſe fatique moins.

30.° Qu'on doit avoir la précaution d'écarter les poils & les lèvres des parties, pour qu'elles ne rentrent point lorſqu'on introduit la main dans le vagin. Lorſqu'on néglige cette précaution, l'on ne ſauroit introduire la main dans le vagin, ſans que la femme jette des cris qui effraient les aſſiſtans, & elle ne veut plus qu'on faſſe de nouveaux eſſais. Après que la main a franchi le conſtricteur de la vulve, elle ne ſe plaint plus, & on ne rencontre plus d'obſtacle qu'à l'orifice de la matrice.

Ce ſont-là les regles générales qu'on doit obſerver, lorſqu'on veut retourner un enfant. Je traiterai de chacune ſéparément à chaque occaſion qui ſe préſentera de faire cette opération, & j'y joindrai une Planche, pour me rendre plus intelligible.

Pour ſe former une juſte idée de la manière dont on doit s'y prendre, pour retourner un enfant, & ſe mettre en état de le faire avec ſuccès, on doit commencer par ſe munir d'un baſſin de femme & d'une poupée de la grandeur & de la groſſeur d'un enfant naturel. Après qu'on ſe ſera exercé quelque tems, & que l'on commencera à comprendre ces manœuvres, on ſe ſervira de notre mannequin ordinaire, qui imite parfaitement la

nature, puiſqu'on y démontre toutes les contractions de la matrice & les mauvaiſes poſitions de l'enfant du tems de l'Accouchement. Le principal avantage que l'on retire delà, eſt qu'on ſe met en état de pratiquer, pour ainſi dire, avec les yeux fermés, les leçons qu'un Maître nous a enſeignées; par exemple, comment on ſe doit comporter pour introduire la main dans la matrice, pour s'aſſurer de la poſition de l'enfant; pour lui faire changer de place; pour ſaiſir ſes membres, les dégager & les extraire. On conçoit aiſément, qu'à moins qu'on ne ſoit parfaitement verſé dans la pratique de ces différentes opérations ſur ce mannequin, on ne ſauroit exceller dans l'art des Accouchemens, ſinon qu'on voudroit s'exercer aux dépens de la mère & de ſon enfant.

I. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente les deux pieds au paſſage, les talons tournés vers le pubis & les orteils vers le ſacrum de la mère. Voyez la Pl. X. & XI.

Lorſque l'enfant ſe préſente de cette manière, & qu'il ne rencontre aucun obſtacle à ſon paſſage, ni de ſa part, ni de celle de ſa mère, cet Accouchement n'a rien que de facile.

Quoique l'enfant ſe préſente par les pieds, il peut néanmoins avoir quatre poſitions différentes: la première eſt celle que je viens de décrire; la ſeconde eſt toute oppoſée, puiſque le dos de l'enfant & les talons regardent la partie poſtérieure de la matrice, tandis que les orteils, la face & la poitrine ſont au-deſſous de la partie antérieure de ce viſcère. Dans la troiſième & quatrième poſition, les talons répondent à l'un ou à l'autre côté du baſſin. On compte ces trois dernières poſitions parmi les Accouchemens laborieux; de ſorte qu'on diviſe les Accou-

chemens qui ſe terminent par les pieds, en faciles & en laborieux.

Voici les ſignes qui annoncent que l'enfant ſe préſente par les pieds :

1.° Les douleurs, au commencement du travail ſont naturellement expulſives, mais elles ne dilatent que très-lentement l'orifice de la matrice.

2.° La forme du cercle de l'orifice de la matrice n'eſt point parfaitement ronde comme dans l'Accouchement naturel, mais un peu oblongue. La poche formée par les membranes a la même figure & eſt de plus alongée comme un boudin. *Voyez la Pl. VI. fig.* 5.

3.° Cette poche eſt moins remplie & moins dure au toucher; on ne ſent à travers aucun corps dur & rond, comme lorſque la tête ſe préſente, ainſi qu'on le voit, *fig.* 3 *&* 4 *de la même Planche*, mais des parties minces.

4.° Lorſque les membranes ſe rompent, les eaux s'échappent inſenſiblement toutes, parce que les pieds de l'enfant ne rempliſſent pas autant l'orifice de la matrice, que le feroit ſa tête.

5.° Après que les membranes ſont rompues, l'on ſent, en touchant la partie nue de l'enfant, facilement les pieds, qu'il eſt aiſé de diſtinguer des mains, par l'angle aigu qu'ils forment avec les jambes; par les talons, les malléoles & les orteils; ces derniers diffèrent des doigts, en ce qu'ils ſont ſur la même ligne, & vont en diminuant par degrés, au lieu que les doigts ſont plus longs, les pouces écartés de ceux-ci & plus courts.

Lorſqu'on eſt aſſuré par les ſignes que je viens d'indiquer, que l'enfant préſente les pieds & que l'orifice de la matrice eſt ſuffiſamment ouvert, l'on ne doit point attendre que la nature

agiſſe, mais percer les membranes; car ſi elles venoient à ſe rompre dans le fort des douleurs, les eaux s'écouleroient entiérement, ce qui rendroit l'Accouchement laborieux.

Après que les eaux ont percé, on doit à l'inſtant examiner de quel côté les orteils ſont tournés; ſi c'eſt du côté de l'os pubis de la mère, de celui des os des îles, ou de l'os ſacrum, qui eſt le cas repréſenté ici par la *fig.* 1.

L'enfant préſente dans celui-ci un pied droit & un pied gauche, les orteils tournés en arrière, les talons en devant & repoſe ſur le ventre. Après avoir placé la femme dans une poſition convenable, telle que celle de la *Pl. VII. fig.* 2, l'on commence par examiner ſi les deux pieds appartiennent au même enfant, parce qu'il peut arriver, lorſqu'il y en a deux, & que leurs enveloppes rompent en même tems, que l'un préſente le pied droit & l'autre le gauche au paſſage; ce qui peut aiſément induire en embarras, ſur-tout, ſi faute d'attention on extrairoit les deux pieds à la fois.

Pour ne pas ſe méprendre, on doit ſaiſir de la main gauche le pied droit de l'enfant, *fig.* 2, & couler l'index de la droite en dedans & le long de la jambe & de la cuiſſe, juſqu'à ſes parties naturelles pour trouver l'autre cuiſſe. On coulera enſuite le même doigt le long & en dedans de la cuiſſe gauche, juſqu'à ce que les malléoles internes & les dos des pieds tombent dans la paume de la main; *voyez la fig.* 3; & on extraira ainſi les pieds juſqu'au-deſſus des malléoles.

Cela fait, on ſaiſira un pied de chaque main, de manière que la plante poſe ſur ſa paume; que l'index ſoit placé ſur la malléole interne & le doigt du milieu ſur l'externe. On rappro-

chera enſuite ſes deux mains, & on extraira, en tirant doucement & par gradation vers le bas, l'enfant juſqu'au-deſſus des genoux: je dis par gradation, pour ne point trop précipiter l'Accouchement & donner le tems à la matrice de ſe contracter & contribuer à l'expulſion de l'enfant; car lorſqu'on veut terminer cet Accouchement promptement, ainſi que le font les Accoucheurs & les Sages-femmes ſans expérience, en donnant la montre en mains des aſſiſtans, pour faire voir qu'ils ſont très-verſés à retourner un enfant, on bleſſe non-ſeulement les parties molles, par leſquelles l'enfant doit paſſer, mais on les contond & irrite tellement, qu'elles ſe rétreciſſent & cauſent un enclavement à la tête de l'enfant, d'où réſultent de très-grands obſtacles. J'ajouterai, qu'enſuite d'un Accouchement ſi précipité, la matrice tombe dans une inertie, qui peut être ſuivie d'une hémorrhagie mortelle. Un Accoucheur doit agir ſur l'enfant, qu'autant qu'il le faut pour aider la nature, ſans la violenter.

Après que les genoux ſont ſortis, on les ſaiſit des deux mains, de manière que les pouces & les index forment un cercle; que les deux pouces ſe touchent & forment un angle aigu avec le coude. *Voyez la fig.* 5. Après quoi on extrait l'enfant juſqu'au-deſſus des feſſes.

Cela fait, on ſaiſit de la main gauche, *fig.* 7., les deux pieds de façon, que leurs plantes poſent ſur la paume; que le pouce ſoit placé ſur la malléole externe du pied droit, l'index entre les deux internes & les trois autres doigts ſur l'externe de la jambe gauche. Pendant qu'on ſoutient de la ſorte tout le corps de l'enfant, on gliſſe les doigts bien étendus de la main droite le long de ſon ventre & de ſa poitrine, juſqu'à qu'on puiſſe atteindre aux deux aiſſelles. On les

avance

avance & recule, pour examiner ſi ſes bras ſont bien placés, je veux dire, de chaque côté de ſa tête; dans ce dernier cas, on avance enſuite le doigt juſqu'à ſon menton, pour s'aſſurer s'il ne s'arrêtera pas ſur la ſaillie de l'os ſacrum. Lorſque tout eſt en bon état, on retire la main ſans extraire les bras; car lorſque le paſſage eſt ſpacieux, la tête de l'enfant petite, ce que l'on connoît par le toucher & par l'inſpection des parties qui ſont ſorties, l'on ne doit point s'amuſer à extraire les bras l'un après l'autre, mais conjointement avec la tête, à côté de laquelle ils ſont placés; car on prévient par ce moyen la contraction de l'orifice de la matrice & du vagin ſur le cou de l'enfant.

Croiſant enſuite les doigts des deux mains, on les poſe, partie ſur ſon ventre & partie ſur ſes parties naturelles, de manière que les pouces portent ſur ſes hanches & ſur ſon croupion, *voyez la fig. 6.*, & on l'extrait juſqu'aux aiſſelles.

On couche enſuite l'enfant de ſon long ſur le bras gauche, & plaçant le pouce ſous ſon menton, l'index & le doigt du milieu de chaque côté de ſon nez, on rapproche avec ces derniers ſon menton de ſa poitrine, en levant un peu le coude: plaçant enſuite la main droite ſur ſon dos, on pouſſe avec les bouts des doigts ſon occiput, de même que ſi l'on vouloit le faire rentrer de nouveau, & on l'extrait tout-à-fait dehors, en lui faiſant faire la baſcule. On remarque ici le contraire de l'Accouchement naturel; car dans ce dernier le ſommet de la tête ſort le premier & les bouts des orteils les derniers; & dans l'autre, ceux-ci les premiers & le ſommet de la tête le dernier.

Ce ſont-là les regles générales que l'on ſuit, & le manuel qu'on emploie dans l'Accouchement ſimple par les pieds; mais

on ne réussit pas toujours de même dans tous les cas, & l'on a quelquefois de grands obstacles à surmonter, notamment par rapport à la tête de l'enfant, lorsqu'on la tire par le détroit supérieur du petit bassin, pour qu'elle s'engage dans sa cavité. Dans ce dernier cas, il y a d'autres circonstances qui sont cause qu'elle s'y arrête; ce qui met la vie de l'enfant en danger.

La tête de l'enfant peut s'arrêter par le menton sur la saillie de l'os sacrum, & lorsqu'on use de violence pour l'extraire, on la sépareroit plutôt du tronc, que d'en venir à bout. *Voyez la Pl. XI. fig.* 1.

Dans ce cas-ci, l'on doit extraire le bras le plus proche de l'os sacrum de la mère, je suppose que ce soit le gauche & saisir de la main droite les deux pieds, *fig.* 2, pour soutenir son corps & couler la main gauche le long de son ventre & de sa poitrine jusque sous l'aisselle : on coule ensuite les doigts sur l'articulation de l'épaule, l'humerus & le coude jusque sur l'avant-bras; on place le pouce dans le pli du coude, *voyez la même fig.*, de façon que ce dernier forme un angle aigu, pour glisser sa main sur son visage & l'amener sous son menton sur sa poitrine, *fig.* 7, d'où la conduisant le long de son ventre, on la place à côté de sa cuisse, *fig.* 9.

On a par ce moyen autant de place qu'il en faut, pour dégager son menton de l'os sacrum. Pour cet effet, on coule, comme ci-dessus, la main gauche le long de son ventre & de sa poitrine jusque sous le menton, que l'on souleve un peu, pour donner passage aux doigts. On pose le pouce sous le menton, l'index & le doigt du milieu des deux côtés de son nez, ou prudemment dans sa bouche, pour tourner son visage du côté du diamètre oblique, c'est-à-dire, du côté qu'on

a dégagé ſon bras, *fig.* 1 ; on abaiſſe enſuite ſon menton ſur ſa poitrine & l'on fait tomber ſa tête dans le petit baſſin.

Lorſque ce moyen ne réuſſit pas, l'on extrait le ſecond bras, pour faire place à la tête, & amener ſon grand diamètre, ſur celui de l'entrée du petit baſſin.

On doit extraire le bras avec précaution, car ſi on le tiroit ſans le plier, l'on courroit riſque de le fracturer.

Après avoir ainſi amené le menton & l'autre partie de la tête dans la cavité du petit baſſin & extrait les deux bras, comme on le voit, *fig.* 9, l'on doit continuer de tenir le pouce ſous le menton de l'enfant, l'index & le doigt du milieu des deux côtés de ſon nez, parce que l'orifice de la matrice gliſſant ſur ſes épaules & ne trouvant rien qui l'arrête, pourroit aiſément ſe contracter & ſerrer ſon cou, *fig.* 10; ce qui cauſeroit un nouvel obſtacle.

Quelques-uns veulent, lorſque le menton s'arrête ſur la ſaillie de l'os ſacrum, qu'on extraie l'enfant par derrière, en l'élevant au deſſus de l'anus de la mère, dans l'idée que le menton baiſſera ſur la poitrine & ſe dégagera par ce moyen. J'ai eu occaſion d'employer ce manuel, mais il ne m'a point réuſſi, & on n'en ſera point ſurpris, ſi l'on connoît l'axe du baſſin & ſi l'on réfléchit au peu d'effet que cette manœuvre doit avoir ſur l'enfant.

Pendant qu'on tient ainſi les deux doigts dans la bouche de l'enfant, on ne doit pas trop appuyer ſur la machoire inférieure, de crainte de la diſloquer ou de la fracturer; il vaut par conſéquent mieux les placer des deux côtés de ſon nez, & ex-

horter la femme à faire valoir ſes douleurs, pendant qu'on n'a pas les doigts dans la bouche de l'enfant, pour faire avancer ſa tête, mais uniquement pour tourner ſon viſage de côté, & pour conduire la tête dans la cavité de l'os ſacrum.

Lorſque l'enfant ſera aſſez avancé, pour pouvoir atteindre à ſes épaules avec l'index & le doigt du milieu, on les pouſſera un peu pour faire avancer la tête dans l'entrée du vagin, & appuyant les bouts des doigts ſur l'occiput, on lui fera faire la baſcule, *Pl. X. fig.* 8, & on l'extraira.

Lorſque l'enfant eſt mort & même pourri, l'on doit uſer des mêmes précautions que s'il étoit vivant, pour l'extraire en entier s'il eſt poſſible, ne ſeroit-ce que pour conſerver ſa réputation; car on ne pourroit pas toujours perſuader à ceux qui ſont préſens, qu'il étoit mort avant qu'on y touchât. La tête d'un enfant mort, lors ſur-tout que la corruption s'en eſt emparée, ſe ſépare aiſément du tronc, & c'eſt-là un accident que l'Accoucheur doit prévenir. Pour cet effet, il ne doit pas trop appuyer ſur la machoire inférieure, de peur de la diſloquer ou de la fracturer; mais introduire ſes doigts dans les orbites, &, s'il le peut, ſaiſir la tête par ſon ſommet & la faire deſcendre; ce qui eſt ſouvent aiſé, parce que ces ſortes de têtes s'affaiſſent & ſe laiſſent pêtrir; en obſervant ſtrictement les regles que je viens de preſcrire, on extraira le corps en entier.

Il arrive quelquefois que des Sages-femmes mal-adroites, voulant extraire l'enfant par les pieds après l'avoir tué, lui arrachent la tête au point, qu'elle ne tient au tronc que par quelques parties du cou. Lorſque cela leur arrive, elles envoient chercher un Accoucheur ou une Sage-femme renommée, pour terminer l'Accouchement & cacher leur honte.

Ces derniers doivent agir avec la plus grande précaution, s'ils veulent conferver leur réputation; car il pourroit facilement arriver, qu'un Accoucheur expert montrât un tronc féparé de la tête aux affiftans, & qu'on imputât cette faute à fa maladreffe plutôt qu'à celle de la Sage-femme. On doit donc, avant d'extraire l'enfant, bien & mûrement examiner toutes les circonftances qui indiquent, s'il eft entier ou non, pour pouvoir dire ce qui en eft.

Lorfque la tête eft extrêmement groffe, contrefaite ou hydrocéphale, il eft quelquefois impoffible de l'extraire, fans l'arracher. Il faut alors, s'il eft encore vivant, employer le forceps, ou, s'il eft mort, enlever le cerveau: ces opérations font du reffort des inftrumentales, & j'en parlerai ailleurs.

On doit auffi obferver dans tous les Accouchemens par les pieds, d'agir avec la plus grande précaution à l'égard du cordon ombilical; c'eft le premier objet qui mérite notre attention lorfque l'enfant eft forti jufqu'aux feffes, parce qu'il peut aifément fe rompre ou fe détacher de l'ombilic; ces deux accidens peuvent lui caufer la mort: on doit le tirer vers le ventre de l'enfant, c'eft-à-dire, il doit être moins tendu du côté de ce dernier, que de celui du placenta. *Voyez la fig.* 8. On le tire auffi à foi, lorfqu'il fe trouve entre fes feffes, & on plie une de fes jambes pour le dégager.

Ce font-là les regles qu'on doit fuivre dans les Accouchemens par les pieds, lorfque l'enfant eft tourné fur fon ventre; je vais maintenant parler des autres pofitions qu'il peut avoir, lorfqu'il préfente ces mêmes parties.

Récapitulation.

J'ai déjà fait obferver que l'enfant, en fe préfentant par les

pieds, pouvoit, outre la position que je viens de décrire, en avoir encore trois autres, comme, par exemple, lorsque ses talons répondent soit au côté droit, soit au côté gauche du bassin, ou que ses talons & son dos regardent la partie postérieure de cette même partie.

C'est dans ces trois derniers cas, qu'on ne doit pas s'aviser de vouloir extraire l'enfant entiérement sans l'avoir premiérement tourné sur son ventre, pour empêcher dans le premier, qu'il ne s'arrête par les aisselles sur le sacrum & le pubis, & dans le second par le menton sur ce dernier. J'ai ouï dire plusieurs fois des Accoucheurs d'une très-haute réputation, qu'ils n'hésitent point d'extraire les pieds, quelque soit le côté vers lequel ils sont tournés, avant que les fesses paroissent au dehors; on me dispensera cependant d'approuver le peu de souci qu'ils témoignent à cet égard; car il peut arriver, quand on extrait les pieds pendant une forte douleur expulsive soutenue par la femme, & qu'on observe peu de ménagement, que le corps de l'enfant s'enfonce dans la capacité du petit bassin, & qu'on rencontre les plus grandes difficultés pour terminer l'Accouchement. On préviendra souvent tous ces obstacles en procédant de la manière que je vais détailler.

Seconde espèce de l'Accouchement précédent.

L'enfant présente les pieds, il est placé sur le côté droit, son ventre regarde l'os des îles droit & son dos le gauche. Voyez la Pl. XIII.

Supposons dans ce cas, qu'on ait extrait les pieds jusqu'au dessus des malléoles; on saisira de la main droite le pied droit & de la gauche le gauche, de façon, comme je l'ai dit ci-def-

fus, que les plantes posent sur les paumes des mains. On fera glisser doucement le pied droit sur le gauche, jusqu'à ce que les genoux soient sortis. *Voyez la fig.* 4. On empoignera ensuite à l'ordinaire ses cuisses au dessus des genoux, & on continuera, comme ci-devant, à mouvoir & glisser la cuisse droite sur la gauche, jusqu'à ce que la hanche ou les fesses soient dehors.

S'il arrive, en manœuvrant de la sorte, que l'enfant ne soit pas encore entiérement couché sur le ventre, on le retournera de la manière suivante : on pose les doigts alongés de la main gauche sur son ventre, & ceux de la droite sur ses fesses, & on tâche peu à peu & par gradation de le retourner, & de le placer sur son ventre. *Voyez la fig.* 5.

Dans le cas où cela ne réussit point, on extrait le bras droit. Pour cet effet, on empoigne de la main droite les deux pieds, & l'on conduit la gauche le long de son ventre & de sa poitrine jusque sous l'aisselle droite, où l'on pose le pouce. On coule les doigts sur le bras & l'avant-bras, que l'on saisit, & l'on place le pouce dans le pli du coude, pour raccourcir le bras & l'extraire, en coulant sa main le long de son visage, comme on le voit, *Pl. XI. fig.* 2, & on la place à côté de sa cuisse, *fig.* 9. J'ai dit ci-dessus, qu'on doit dégager le bras droit avec la main droite & le gauche avec la gauche; mais comme dans ce cas-ci, l'enfant a l'aisselle plus tournée du côté droit de la mère, ce que j'ai fait à dessein, pour mieux représenter cette opération, il faut se servir de la main gauche, parce qu'on auroit de la peine à avancer la droite jusqu'au dessus de la saillie de l'os sacrum.

Si l'on est encore obligé de le retourner sur son ventre, on aura pour cet effet plus de facilité, mais cela sera souvent inu-

tile, parce qu'en extrayant l'enfant, comme on le voit, *fig. 6.*, *Pl. X.*, il prend lui-même cette poſition, l'autre bras tombe ſur le diamètre oblique du petit baſſin & ſe place près du petit diamètre de la tête de l'enfant.

Troiſième eſpèce de l'Accouchement précédent.

L'enfant préſente les pieds, le dos tourné vers le ſacrum de la mère & le ventre vers le pubis. Voyez la Pl. XI. fig. 3 & 4.

Le cas le plus laborieux qu'on rencontre dans les Accouchemens par les pieds, eſt celui, dans lequel on n'a pas eu la précaution de tourner l'enfant ſur ſon ventre, & qu'on l'a tiré ſi avant dans le baſſin, que ſon menton s'arrête contre l'os pubis. *Voyez les mêmes fig. de la même Pl.* Dans ce cas, il peut avoir franchi le paſſage juſqu'à ſon cou, mais ſi la tête n'eſt pas extrêmement petite, on l'arracheroit plutôt que de l'extraire.

Pour prévenir cet accident dans tous les Accouchemens, il faut, avant d'extraire ces parties, avoir toujours la vue ſur leur poſition. Si les orteils ſont tournés vers le devant ou vers les côtés, on doit croiſer les pieds en les extrayant, comme je l'ai dit, & qu'on le voit, *fig.* 4 *Pl XIII.*, je veux dire, en portant la jambe la plus éloignée du *rectum* ſur l'autre. On doit faire attention à cette dernière circonſtance; car il peut arriver, que la tête de l'enfant ait une autre poſition que celle de ſon corps. Si cela étoit, & que l'on croiſât la jambe la plus proche du *rectum* ſur l'autre, au lieu de tourner l'enfant ſur le côté, on le tourneroit ſur ſon dos, & l'on agiroit à ſens contraire. Dans le cas où il eſt tout-à-fait étendu ſur ſon dos, peu importe quelle jambe on croiſe.

Si

Si cette manœuvre ne réuſſit point, & que l'enfant continue de reſter couché ſur le dos, il ne faut l'extraire que juſqu'au ventre, je veux dire, que juſqu'au milieu de l'eſpace compris entre ſes parties naturelles & le nombril. On poſe enſuite une main avec les doigts étendus ſur ſes feſſes & l'autre ſur ſes parties naturelles & ſur ſon ventre, *voyez la Pl XIII. fig.* 5, & on le tourne de cette manière vers le côté, où il penche le plus, ſur ſon ventre.

Il peut aiſément arriver dans cette manœuvre, qu'en retournant l'enfant, pour le placer ſur ſon ventre, ſes bras tombent derrière ſa tête ſur ſon cou, ſous ſon menton, ſur ſa poitrine, ſur ſon dos. Tous ces accidens peuvent rendre l'Accouchement par les pieds laborieux, lorſqu'on ne les dégage point, qu'on ne les place point à côté, ou qu'on ne les extrait point. Il faut donc, après avoir retourné l'enfant ſur ſon ventre, ſoutenir d'une main ſes pieds, introduire l'autre dans la matrice, & examiner la poſition de ſes bras.

S'il a ſon bras droit, par exemple, derrière ſa tête & ſur ſon cou, on ſoutiendra ſes pieds de la main droite, on rapprochera l'enfant de la fourchette de ſa mère, & gliſſant la main gauche le long de ſes feſſes & de ſon dos, juſqu'à ce qu'on atteigne à ſon bras avec l'index, on le ſoulevera avec ce dernier, & on le placera à côté de ſa tête. *Voyez la Pl. XI. fig.* 5.

S'il ſe préſente avec le bras gauche placé ſous le pubis de la mère, & couché ſur ſon dos, on ſoutiendra de même ſes pieds de la main droite, & coulant la gauche le long de ſon dos, on ſaiſira la main, on la tirera à ſoi, *fig.* 6, & on la placera à côté de ſa cuiſſe, *fig.* 9.

S'il a le bras gauche ſous ſon menton ou ſur ſa poitrine, on ſoutiendra ſes pieds de la main droite, & l'on coulera les doigts de la gauche le long de ſon ventre & de ſa poitrine juſqu'à ſon bras: on le ſaiſira, plaçant le pouce dans le pli du coude & les autres doigts ſur le bras & la main, que l'on dégagera en la faiſant couler le long de ſa poitrine & de ſon ventre, *fig.* 7, pour le placer à côté de ſa cuiſſe.

S'il arrivoit, par imprudence, qu'on eût extrait l'enfant juſqu'au deſſus de ſon ventre, il ſeroit également difficile & dangereux de le retourner pour le placer ſur cette même partie; car à moins d'agir avec beaucoup de précaution, on courroit riſque de lui fracturer ou de diſloquer les cuiſſes ou les vertèbres, ou de lui enfoncer la poitrine, ſans néanmoins le pouvoir extraire. Le plus fâcheux & le plus dangereux de tous les accidens, eſt, lorſqu'on a extrait l'enfant juſqu'à ſa poitrine, parce qu'alors on ne peut plus le retourner. L'enfant pourroit mourir par la preſſion qu'éprouve ſa poitrine, ou s'il venoit au monde vivant, il cracheroit du ſang & ne pourroit point reſpirer. Si en outre on n'a point extrait les bras, & qu'on veuille le retourner, on court riſque, indépendamment de ces accidens, de lui tordre & diſloquer le cou.

Dans cette circonſtance critique, l'on doit commencer par extraire un ou les deux bras. Lorſqu'on l'a fait, on introduit la main à plat, ou au cas qu'on ne le puiſſe pas, quelques doigts à côté de ſa tête, pour écarter ſon viſage des os pubis & le tourner du côté des os des îles, on retourne en même tems ſon corps du même côté que ſon viſage. On introduit enſuite deux doigts dans ſa bouche, *fig.* 3, on place le pouce ſous ſon menton, & après avoir écarté ſon viſage des os pubis, on l'amène dans la cavité du petit baſſin, & l'on termine l'Accouchement.

Il eſt beaucoup plus aiſé de raconter ce cas, que de l'exécuter. La tête de l'enfant eſt quelquefois tellement collée & accrochée par le menton contre les os pubis, qu'on ne peut paſſer aucun doigt entre-deux : on doit cependant tout tenter, & ne point abandonner la mère & l'enfant, juſqu'à ce qu'on ait mis en œuvre, tout ce que la raiſon & le bon génie peuvent inſpirer en pareil cas; par exemple, on introduit un doigt par-deſſus la joue dans la bouche de l'enfant, *fig.* 4, avec lequel on tire ou l'on repouſſe ſon viſage de côté. Le moindre obſtacle ſurmonté ſuffit quelquefois, pour terminer heureuſement l'Accouchement. C'eſt encore dans cette occaſion-ci, qu'une Sage-femme court riſque de perdre ſa réputation, lorſqu'après pluſieurs tentatives inutiles, quelqu'une de ſes camarades le termine avec le plus léger ſecours.

II. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente les feſſes au paſſage, le dos tourné en avant & le ventre en arrière, les jambes pliées ſur celui-ci, & le cordon, ſur lequel il y a un nœud entortillé autour de ſon cou, de ſon bras & de ſon corps. Voyez la Pl. XII.

L'Accouchement dans lequel l'enfant préſente les feſſes, eſt ſi ordinaire parmi ceux contre-nature, que pluſieurs célèbres Accoucheurs doutent s'ils doivent le mettre au nombre de ces derniers ou non. On appelle Accouchement naturel, celui, que la nature ſeule termine ſans le ſecours de l'art & ſans aucun accident fâcheux, ni pour la mère, ni pour ſon enfant. Le moindre obſtacle que la nature rencontre dans l'Accouchement, l'empêche de ſatisfaire à ces conditions, elle a beſoin du ſecours

de l'art, & lorſque celui-ci lui manque, la mère & l'enfant courent riſque de perdre la vie.

Le cas, dans lequel l'enfant vient au monde le corps en double, eſt ſi fréquent, qu'on en compte un ſur 50, & que ſur 50 il y en a à peine deux, qui exigent plus de ſecours que ceux, dans leſquels l'enfant préſente la tête. On peut donc, au cas qu'on ne regarde point cet Accouchement comme un Accouchement naturel, le diviſer comme ceux par la tête, en facile & laborieux.

Pour que la Sage-femme ne dénature point l'Accouchement auſſi avantageux pour la mère & ſon enfant, dont la bonne ou mauvaiſe iſſue dépend uniquement & entiérement de la connoiſſance de la poſition & de la grandeur de l'enfant, & des parties, par leſquelles il doit paſſer, elle ne doit point en étudier la pratique ſuperficiellement, mais avec toute l'attention poſſible. La principale choſe, à laquelle elle doit s'attacher, eſt de diſtinguer au toucher ſes feſſes de ſa tête, parce que les apparences de la poche qui renferme les eaux, & la partie qu'elle cache, ſe reſſemblent ſi fort, que les perſonnes les plus expérimentées peuvent quelquefois s'y tromper. Je connois, entre pluſieurs autres que je pourrois citer, un Accoucheur très-renommé, qui s'étant imaginé, qu'une tête étoit enclavée, s'efforça long-tems & inutilement de dégager les feſſes avec le forceps, & qui ne convient de ſa bévue, qu'après qu'on eût fait venir un autre Accoucheur.

On diſtingue la tête de l'enfant de ſes feſſes:

1.° Aux cheveux après que les eaux ont percé, à ſa rotondité & à ſa dureté oſſeuſe.

2.° Aux ſutures membraneuſes qui ſe croiſent ſur ſa tête, & à la fontanelle, qui eſt au-deſſus de l'os frontal.

On diſtingue ſes feſſes de ſa tête:

1.° A leur groſſeur, à leur largeur, à leur rotondité & à la diſtenſion de la poche qui contient les eaux, laquelle eſt beaucoup plus groſſe que celle qui paroît, lorſque l'enfant préſente la tête.

2.° On ſent encore au travers de cette poche un gros corps rond, qui cède plus aiſément au toucher que la tête: on n'y ſent ni fontanelle, ni ſuture, ni aucune inégalité formée par les bords des os du crâne, comme à cette dernière partie.

3.° Comme la preſſion que le bas-ventre de l'enfant éprouve, fait ſortir le méconium, les eaux, lorſqu'elles viennent à percer, ſont verdâtres & n'ont preſque aucune odeur. Il eſt vrai que le méconium peut également ſortir, lorſque la tête ſe préſente; mais comme dans ce cas-ci, les eaux ont percé, il eſt aiſé de ſentir les cheveux de l'enfant.

4.° Lorſqu'on retire le doigt qu'on a introduit, on le trouve couvert de cette matière noirâtre.

5.° On ſent d'un côté, ſavoir, ſous les os pubis de la mère, l'ouverture de l'anus, & au-deſſus de celui-ci le coccix ou le croupion, & de l'autre côté les parties génitales.

6.° Dans le cas, où faute d'attention, on ne peut atteindre à l'anus de l'enfant ni à ſes parties naturelles, qu'il faut toucher avec beaucoup de circonſpection, on ſent la rainure que forment les feſſes en ſe rapprochant.

Après s'être assuré que l'enfant présente cette partie, il faut encore examiner, si elle est grosse ou petite, si sa position est naturelle ou contre-nature, oblique ou non.

Sa position est naturelle, lorsque le dos de l'enfant est tourné du côté des os pubis de la mère, & son ventre du côté du sacrum. *Voyez la fig.* 1. Elle est contre-nature, lorsque son ventre & son dos ont une situation opposée, *fig.* 2, ou qu'il a le dos tourné vers l'un des os des îles.

On connoît si leur position est naturelle ou contre-nature, en touchant l'orifice de l'anus & le creux qui est entre les fesses. L'un & l'autre sont du côté, vers lequel l'enfant a le dos tourné; le ventre est du côté opposé.

Lorsque les fesses de l'enfant ne sont ni trop grosses, ni obliquement situées; que le bassin est large & bien conformé; que la femme est forte & les douleurs expulsives, on peut abandonner cet Accouchement à la nature; celle-ci le termine aussi-bien, que celui dans lequel un gros enfant présente la tête dans une position naturelle. La femme ne peut accoucher sur une chaise, il vaut mieux qu'elle se place au travers de son lit, de même que dans l'Accouchement par les pieds; car, après que les fesses sont sorties, l'on doit souvent extraire les pieds, retourner l'enfant & dégager ses bras; ce qu'on ne peut pas faire aussi commodément sur une chaise. *Voyez la Pl. VII. fig.* 2.

Lorsqu'on est assuré de cette position, on ne doit point percer la poche qui contient les eaux, à moins que les membranes ne soient trop épaisses & trop coriaces, ainsi que je l'ai dit, lorsque l'enfant présente la tête, & cela pour les mêmes raisons que j'ai alléguées.

Lorfque l'enfant préfente les feffes au paffage dans la bonne pofition, & qu'elles fe trouvent entre les grandes lèvres, il faut bien foutenir le perinée & le pouffer en arrière, pour empêcher qu'il ne fe déchire. Il faut enfuite introduire les deux index, les placer en forme de crochets dans fes aines, en appuyant les deux pouces fur fes hanches, ainfi qu'on le voit, *fig.* 4, & les tirer à foi, pendant que la femme fait valoir fes douleurs, au moyen de quoi, les jambes qu'il tient pliées fur le ventre, fortiront. L'enfant étant forti jufqu'au deffus des feffes, les jambes pendantes, l'Accoucheur n'a qu'à fe rappeller les circonftances dont j'ai parlé, en traitant de l'Accouchement par les pieds. *Voyez la Pl. X. fig.* 5. 6. 7. & 8.

Quelques Praticiens veulent que l'on commence par extraire les pieds, & qu'on ne les laiffe par fortir d'eux-mêmes, ce qui eft une mauvaife méthode; car outre qu'elle expofe la femme à un déchirement, les jambes de l'enfant peuvent facilement fe caffer, par la violence qu'on emploie fur elles. Cette manœuvre n'eft pas abfolument néceffaire dans ce cas-ci, non-feulement dans fa pofition naturelle, c'eft-à-dire, lorfque le dos répond au pubis, mais auffi dans les autres fituations, parce qu'on a le tems de lever les obftacles qui peuvent fe préfenter, après que les feffes font forties.

J'ai détaillé jufqu'ici toutes les circonftances, dans lefquelles un enfant peut venir au monde, le corps plié en double, fans le fecours de l'art; mais on ne doit pas s'imaginer qu'elles foient toujours fi avantageufes, & qu'on puiffe à chaque fois terminer l'Accouchement avec la même promptitude; car il y a encore des cas, dans lefquels il ne peut naître avec le corps plié en double. La Sage-femme doit avant toutes chofes s'enquérir de la groffeur de fes feffes. Lorfque

le ventre de la femme n'eſt point affaiſſé, que l'orifice de la matrice ne ſe dilate que très-lentement, que la poche formée par les eaux a une ſurface plate, que les feſſes rempliſſent entiérement & par-tout le détroit ſupérieur du petit baſſin, que les douleurs ne les font point avancer, il n'y a pas lieu de douter, qu'elles ſont trop groſſes & le baſſin trop étroit, & l'on doit, ſans différer, terminer l'Accouchement avec le ſecours de l'art; car ſi l'on abandonne celui-ci tout-à-fait à la nature, les douleurs pourront bien, à la vérité, faire avancer peu à peu les feſſes dans la cavité du petit baſſin, mais elles s'y enclaveront immanquablement; ce qui occaſionnera un Accouchement très-laborieux, qui peut durer pendant plusieurs jours. La longueur du travail épuiſera les forces de la femme, ſes parties ſe diſtendront au point, qu'elles ſeront froiſſées & ſujettes à une inflammation, & après que les feſſes ſeront ſorties avec beaucoup de peine, la fourchette & le perinée ſe trouveront déchirés. Après que l'Accouchement ſera terminé, il ſurviendra une inflammation aux parties naturelles, même la gangrène & pluſieurs autres accidens très-fâcheux. L'enfant ſera expoſé au plus grand danger; les feſſes qui ſont fort charnues, & qui, avec les jambes pliées ſur le ventre, ſont plus groſſes que la tête, ſont conſidérablement comprimées & enclavées dans l'entrée du petit baſſin; ce qui eſt cauſe qu'elles s'enflent de plus en plus: le cordon ombilical ſe trouve auſſi preſſé & ſerré, & l'enfant meurt, & au cas qu'il naiſſe vivant, on le trouve dans l'état le plus pitoyable, à cauſe que ſes feſſes, ſon fondement, une partie de ſon dos & de ſon ventre, & chez les enfans mâles les parties naturelles ſont froiſſées & ſujettes à la gangrène.

La femme ſe trouve encore dans un état plus fâcheux, lorſque les feſſes de ſon enfant étant entrées dans la capacité

du

du petit baſſin, y reſtent enclavées, & qu'il faut les dégager avec des inſtrumens, & encore n'opèrent-ils qu'après pluſieurs tentatives auſſi longues que pénibles, ainſi que je le dirai ailleurs.

Lorſqu'on prévoit tous ces accidens funeſtes, & que l'Accouchement ne paroît pas vouloir ſe terminer heureuſement, il ne faut ni temporiſer, ni trop s'en rapporter à la nature, puiſqu'elle apporteroit plus de préjudice que d'avantage, en faiſant avancer les feſſes trop avant dans le paſſage; mais on doit au contraire rompre les membranes, ſi elles ne le ſont pas, quand l'orifice de la matrice eſt ſuffiſamment dilaté, & ne point trop laiſſer avancer l'enfant, afin qu'on puiſſe terminer l'Accouchement de la manière ſuivante. *Voyez les fig.* 3. & 5. *de la même Planche.*

On introduit les doigts, peu importe de quelle main, par exemple, ceux de la droite, le dos tourné en arrière, juſqu'au feſſes de l'enfant, en prenant garde, ſi c'eſt une fille, de ne point les introduire dans la vulve. On les leve un peu, mais cependant autant qu'il le faut, pour placer l'enfant avec une partie de ſes feſſes ſur l'os pubis de ſa mère. *Voyez la fig.* 3. Dans le cas où l'on veut alors extraire les deux pieds enſemble, il faut, ſi cela eſt avantageux, couler en deſcendant les doigts le long des cuiſſes, des genoux & des jambes juſqu'aux pieds, placer le pouce ſous le jarret ou dans les plis des genoux, relever les jambes, rapprocher avec le pouce les genoux du ventre, & extraire les pieds de l'entrée du petit baſſin, juſqu'à ce qu'ils ſoient ſortis.

Lorſqu'on ne veut extraire qu'un pied à la fois, ce qui eſt ordinairement le plus facile, on introduit les doigts de la main qui a ſoulevé les feſſes, par exemple, de la gauche, en les avan-

çant entre les fesses jusqu'au genou & au-dessus de la jambe droite, on place le pouce sous le pli du genou, & l'on s'en sert pour le rapprocher du ventre, & conduisant le pied le long de la symphyse sacro-iliaque, on le tire dehors. *Voyez la fig.* 5. Cette jambe droite sert de guide pour la main droite, pour chercher le pied gauche de l'enfant, & l'extraire de la même manière, comme on le voit, *Pl. XIII. fig.* 3. On se conduit pour le reste de même que dans l'Accouchement par les pieds.

III. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les fesses, le visage & le ventre tournés vers les os pubis de sa mère. Voyez la Pl. XII. fig. 2.

Lorsque les fesses de l'enfant tombent tellement dans le bassin, que son dos occupe la cavité de l'os sacrum de sa mère, ses parties regardent alors le pubis; on découvre la rainure des fesses vers le haut, & l'enfant est situé contre-nature.

Lorsque les circonstances sont les mêmes que celles dont j'ai parlé, en traitant de la position naturelle, je veux dire, lorsque l'enfant n'est point trop gros, ni la mère mal-conformée, on peut abandonner cet Accouchement à la nature, supposé qu'elle soit en état d'agir, jusqu'à ce que les fesses soient sorties.

On saisit alors l'enfant, les deux pouces placés sur ses cuisses & les doigts sur son derrière, on le tourne peu à peu & par gradation sur le côté, & delà sur son ventre, mais sans lui faire violence, & sans dégager ses jambes, pour lesquelles on ne doit pas être si fort en peine.

Au cas que cette manœuvre ne réussisse point, ce qui arrive

communément, à cause du peu de prise que le siège donne, on laissera avancer l'enfant, jusqu'à ce que ses pieds soient sortis; la Sage-femme aura soin, en attendant, de soutenir le périnée, de crainte qu'il ne se déchire, de même que l'enfant, pour empêcher qu'il ne sorte trop en avant, & pour qu'on puisse facilement le retourner après sur son ventre. J'ai enseigné cette manœuvre dans l'endroit où je traite des Accouchemens par les pieds. *Voyez la Pl. XIII. fig.* 5.

Au cas que la Sage-femme soit en peine, s'imaginant que l'enfant est trop gros, la femme mal-conformée, épuisée & attaquée de convulsions, d'une perte de sang, &c.; si le cordon ombilical sort, ce qui arrive assez souvent dans ces sortes d'Accouchemens, & qu'il se trouve pressé entre les fesses de l'enfant, ou entre ce dernier & le bassin de sa mère; ce qui met la vie du premier en danger, il vaut mieux, ainsi qu'on le pratique dans la position naturelle, extraire les pieds tandis qu'on le peut, & terminer l'Accouchement, ainsi que j'ai enseigné à le faire, en parlant de ceux par les pieds, que d'exposer la mère & l'enfant à un péril imminent, malgré l'heureux succès qu'on espère, lorsque l'enfant avance naturellement, parce que par ce dernier moyen le passage s'ouvre, & qu'on a plus de facilité à le retourner.

L'orifice de la matrice se trouvant suffisamment ouvert, on perce les membranes (je ne dis rien ici de la position de la mère, parce que j'en ai déjà parlé) au cas qu'elles ne le soient point, & l'on introduit les doigts, n'importe de quelle main, le dos tourné de cette dernière en arrière, jusqu'au siège de l'enfant, que l'on souleve un peu pour le placer sur la saillie de l'os sacrum. *Voyez la fig.* 3 *de la Pl. XII.*, où la position de l'enfant est à sens contraire. On coule les doigts le

long des cuisses & des genoux jusqu'aux jambes, & l'on glisse le pouce par-dessous les fesses, jusque sous le pli du genou. On plie les jambes, en rapprochant les genoux du ventre, comme on le voit, *fig.* 5, & on les tire dehors; après quoi, on se conduit pour le reste, de même que dans l'Accouchement par les pieds.

Lorsque le siège de l'enfant descend obliquement dans le détroit supérieur du petit bassin, il ne présente qu'une des fesses; celle-ci peut avoir telle situation qu'on veut, être grosse ou petite, il sera de la prudence de ne point la laisser avancer dans le petit bassin, pour extraire l'enfant en double, mais de chercher, sans hésiter, les pieds & les extraire: si cependant les fesses, ayant l'obliquité que je viens de dire, sont tellement engagées dans la capacité du petit bassin, qu'on ne puisse, après avoir entraîné un pied, entraîner aussi l'autre, il faut dans ce cas-ci s'efforcer d'entraîner la fesse qui est comprimée contre le ventre de l'enfant avec le doigt index recourbé en manière de crochet sur le pli de l'aîne, pendant qu'on tire de l'autre main le pied qui est sorti.

IV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les fesses, le dos tourné vers l'os des îles droit de la mère, le ventre & le visage vers le gauche. Voyez la Pl. XIII. qui peut servir pour ce cas-ci.

On connoît cette position, comme ci-dessus, par les parties naturelles & l'anus. Quelques-uns s'en inquiètent, s'imaginant que lorsqu'on laisse l'enfant s'engager dans la cavité du petit bassin, le corps plié en double, il pourroit facilement s'arrêter avec les

aiſſelles ſur la ſaillie de l'os ſacrum & le pubis de la mère, en quoi ils ſe trompent, parce qu'on a le tems de retourner l'enfant ſur ſon ventre, comme on le voit, *fig.* 5, après que les feſſes ſont ſorties.

Si l'enfant, ainſi qu'on l'a vu dans le cas précédent, a le derrière fort gros, & que l'on craigne, à cauſe de quelques circonſtances particulières, qu'il ſoit arrêté au paſſage & qu'il s'y enclave, on doit promptement extraire les pieds, avant que ſon derrière deſcend dans cette cavité.

Pour cet effet, on introduit la main dans le vagin & delà dans la matrice, & l'on pouſſe avec les doigts étendus, le derrière de l'enfant ſur l'os des îles droit de la mère. On coule enſuite les doigts, leur dos tourné en avant, ſur la feſſe droite, par conſéquent ſur les deux genoux juſqu'aux pieds, & plaçant le pouce ſous les jarrets, on rapproche les genoux du ventre, & l'on amène les pieds juſqu'au deſſus des genoux dans la cavité du petit baſſin; ce qui n'eſt pas difficile, puiſqu'on agit ſelon la direction du grand diamètre du détroit ſupérieur du petit baſſin. On ne ſauroit cependant continuer de tirer les jambes perpendiculairement, parce que l'enfant ayant la tête appuyée ſur l'os des îles gauche & ſes feſſes ſur le droit, forme un triangle, & on lui arracheroit plutôt les jambes, que de l'extraire dans cette poſition. On doit en le tirant, pouſſer avec le pouce les genoux du côté de l'os des îles gauche, pour écarter ou faire gliſſer ſon derrière du droit, au moyen de quoi, on extraira facilement les pieds.

Si cependant le trop gros ſiège de l'enfant s'eſt déjà engagé dans la capacité du petit baſſin, & qu'on n'oſe le ſoulever, de crainte de déchirer la matrice, on ſe conduira, comme je l'ai dit en parlant de l'Accouchement laborieux par la tête, pag. 246.

La femme doit faire valoir lentement, mais cependant convenablement ses douleurs; on la saignera, si elle est d'un tempérament sanguin, pour prévenir l'inflammation, & on doit même réitérer la saignée selon les circonstances. Comme la vie de l'enfant est en danger, de même que dans tous les autres Accouchemens contre-nature, on l'ondoyera & l'on patientera jusqu'à ce que ses fesses s'avancent de plus en plus & soient sorties. Si les douleurs se ralentissent, à cause de la longueur du travail, & si la femme se trouve considérablement affoiblie, on lui donnera des cordiaux, & on injectera dans son vagin sec & tuméfié, une décoction de racine de guimauve, de pépin de coin & d'huile.

Si les douleurs recommencent, si la femme reprend ses forces, s'il ne survient aucun accident fâcheux, si les fesses de l'enfant avancent peu à peu, on a lieu d'espérer que l'Accouchement se terminera, malgré que la nature aura souvent besoin de deux ou trois jours; mais l'enfant viendra pour l'ordinaire mort au monde, quelques précautions qu'on puisse avoir prises, le périnée se trouvera déchiré. Après que les fesses seront sorties, on se conduira comme je l'ai dit ci-dessus.

Si cependant le siège de l'enfant est si gros & si fort enclavé dans le petit bassin, qu'il y reste immobile, & que les douleurs, même les plus fortes & les plus expulsives, ne puissent le faire avancer, on doit s'attendre à un Accouchement non-seulement très-laborieux, mais encore très-dangereux. Lorsque l'enfant est mort, & que ses fesses se ramollissent & s'affaissent, la Sage-femme peut essayer d'entraîner ces dernières avec le doigt index de l'une ou de l'autre main, recourbé en manière de crochet, sur le pli des aînes, & profiter du tems que la femme fait valoir ses douleurs, pour les faire avancer si avant, qu'elle puisse

ſe ſervir de ſes deux index, comme on le voit, *fig.* 4. *Pl. XII.*, pour l'extraire entiérement.

Au cas que toutes ces tentatives ſoient infructueuſes, elle agira avec prudence, ſi elle demande un Accoucheur à tems, & il trouvera encore aſſez de beſogne avant de pouvoir terminer l'Accouchement avec ſes inſtrumens. J'en parlerai plus au long à l'article de l'Accouchement inſtrumental.

V. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente la jambe droite, le derrière repoſe ſur l'os des îles gauche & ſa tête ſur celui des îles droit, le ventre en bas, la jambe gauche pliée ſur cette dernière partie & le cordon entortillé autour d'une de ſes cuiſſes. Voyez la Pl. XIII. fig. 1.

Les ſignes qui font connoître que l'enfant préſente le pied au paſſage, ſoit que les eaux aient percé ou non, ſont les mêmes que ceux dont j'ai parlé en traitant de l'Accouchement par les pieds; j'ajouterai ſeulement comment on doit s'y prendre pour diſtinguer les pieds, & ne pas les confondre.

On diſtingue les pieds par le moyen des orteils: ceux du pied droit vont en diminuant du côté droit, & ceux du gauche, du côté gauche, de ſorte que l'un des gros orteils fait face à l'autre, & les petits ſont placés en dehors. Les pieds ſont creux en dedans & arrondis en dehors; leur partie ſupérieure eſt plus élevée en dedans qu'en dehors; l'inférieure ou la plante du pied, plus creuſe en dedans qu'en dehors. La cheville interne eſt placée plus haut, elle eſt plus groſſe & plus plate que l'ex-

terne. Lorſque l'on s'eſt formé une bonne idée de la conformation du pied, il eſt aiſé, en les touchant, de les diſtinguer.

L'avantage qu'on tire de cette diſtinction conſiſte, en ce qu'après avoir trouvé l'un des pieds, on ſait l'endroit où l'autre eſt placé, & de quelle main l'on doit ſe ſervir pour le chercher & le ſaiſir.

Lorſque l'enfant ne préſente qu'un pied au paſſage, on ne doit point le tirer avec violence, ni totalement dehors, on pourroit facilement endommager ſes articulations, & on arracheroit quelquefois plutôt la jambe, que d'extraire le corps avec celle-ci; il eſt vrai, qu'il faudroit des circonſtances particulières, pour que ce dernier accident arrivât.

Le plus prudent dans ce cas-ci, comme la figure le montre, eſt de ſaiſir de la main gauche le pied droit: *voyez la Pl. X. fig* 2; de couler les doigts de la droite le long de la face interne de la jambe & de la cuiſſe juſqu'aux parties génitales, & de là juſqu'à l'aîne gauche; de deſcendre enſuite juſqu'à la jambe, de placer le pouce ſous le pli du genou, d'empoigner la jambe & le pied, de rapprocher le genou du ventre, de joindre les deux pieds, & de les extraire tous les deux enſemble. *Voyez la fig.* 3. *de cette Pl.*, *& la fig.* 3. *de la Pl. X.*

Après avoir extrait les deux pieds, l'enfant ſe trouve couché ſur le côté; on ne doit point l'extraire dans cette poſition, à cauſe des obſtacles que les aiſſelles pourroient rencontrer ſur l'os pubis & la ſaillie du ſacrum. Pour prévenir cet accident, on ſaiſit un pied de chaque main, & l'on tient les jambes croiſées l'une ſur l'autre, juſqu'à ce que les hanches ſoient ſorties. *Voyez la fig.* 4. Si l'enfant n'eſt pas encore placé ſur ſon ventre, on poſe la main gauche, les doigts étendus ſur ce dernier, & la

droite

droite sur les fesses, on retourne l'enfant peu à peu, & on le place sur son ventre. *Voyez la fig.* 5. J'ai enseigné au long ces manœuvres, pag. 305, & j'y renvoie le Lecteur.

Lorsqu'une des jambes de l'enfant est tellement sortie, soit par la violence des douleurs, soit par la mal-adresse de la Sage-femme, qu'on ne peut atteindre à l'autre pied, à cause que le bassin est trop étroit & la partie enflée, on doit un peu soulever ses fesses, chercher le pied, qui est peut-être plié sur son dos, l'amener à côté du premier, & les extraire tous les deux ensemble.

Au cas que la violence des douleurs ou les efforts que fait la femme, empêchent de soulever les fesses & de trouver l'autre pied, qui est placé sur le ventre, la poitrine ou l'épaule de l'enfant, *voyez la fig.* 1, & qu'on ne puisse l'extraire, on formera avec un doigt ou deux un crochet, avec lequel on le saisira par l'aîne, pendant que l'on tire l'autre pied qui est sorti, & de cette manière on tirera peu à peu avec les deux mains ensemble, pendant que la femme fait valoir ses douleurs, & en observant les autres circonstances, on terminera l'Accouchement.

Il arrive quelquefois, qu'une jambe est plus courte que l'autre, & qu'on ne peut l'extraire aisément, à cause que le cordon s'est entortillé autour, *voyez la fig.* 1. *a a;* il faut bien se garder, dans ce cas-ci, d'extraire l'enfant avec violence, de peur de détacher le cordon du nombril, ou d'arracher le placenta, ce qui causeroit la mort à l'enfant. Il faut plier la jambe pour la raccourcir & y passer le cordon.

Si ce dernier est entortillé autour du cou de l'enfant, ce que l'on connoîtra aux signes que j'ai indiqués dans l'endroit où je traite des défauts de cette partie, *voyez la pag.* 265; on ne

doit point s'efforcer d'extraire l'enfant, de crainte de l'étrangler, d'arracher le placenta ou d'amener la matrice; mais attendre qu'il soit sorti jusqu'au ventre, après quoi on examinera quelle est la partie du cordon, qui suit le plus aisément, & la tirer vers soi. *Voyez la Pl. XI. fig.* 8. Mais il est rare qu'on avance par ce moyen, il est pour l'ordinaire impossible de le tirer dans ce cas-ci vers soi: le mieux est, en pareille occurrence, de faire une ligature au cordon près du nombril, & même une seconde, s'il est possible, de le couper entre-deux avec des ciseaux & d'extraire ensuite l'enfant. Lorsque ce dernier sort aisément & promptement, il ne peut lui arriver aucun mal; & d'ailleurs ce cas est extrêmement rare.

VI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le bras droit au passage, la tête appuyée sur l'os des îles droit & ses fesses sur le gauche; le dos en avant & le ventre en arrière, les deux jambes pliées sur ce dernier. Voyez la Pl. XIV. fig. 1.

L'Accouchement dans lequel l'enfant présente un bras, est un des plus ordinaires parmi ceux contre-nature, comme cela paroît par la Table que j'ai jointe à l'Introduction de cet Ouvrage, pag. 5, savoir, deux sur trois plus qu'avec les pieds, & quoique cet Accouchement puisse se terminer heureusement, lorsqu'on fait retourner l'enfant, l'on peut cependant rencontrer de grandes difficultés, lorsqu'on ne le fait pas dans le tems convenable.

Un enfant qui se présente de cette manière, peut avoir huit positions différentes, quatre avec le bras droit, & autant avec le gauche.

J'ai enseigné dans le Chapitre de l'Accouchement par les pieds, la manière dont on doit s'y prendre pour les distinguer des mains, & je vais indiquer ici les signes auxquels on peut connoître, si c'est la main droite ou la gauche que l'enfant présente au passage dans le tems de l'Accouchement. Pour cet effet, il suffit de connoître par le moyen du toucher, le côté vers lequel le pouce, le petit doigt, le dos & la paume de la main sont tournés, & l'on fait à l'instant, si c'est le bras droit ou le gauche qui se présente. On peut aussi connoître la situation du corps de l'enfant par la seule position du bras, lorsqu'il n'est pas tordu. Pour mieux s'en assurer, on n'a qu'à tourner un peu le bras, & s'il reprend tout de suite sa première position, c'est un signe qu'elle est naturelle, & qu'il n'est point tordu.

Avant que les membranes soient ouvertes, on ne sauroit pas bien distinguer la main du pied; mais en examinant la forme de la poche & celle de la partie qui est dedans, on connoît à l'instant, aux signes dont j'ai parlé ci-dessus, si c'est une de ces deux parties qui se présente.

Comme cette position n'est point naturelle, & qu'on est par conséquent obligé d'extraire l'enfant par les pieds, on doit dans le tems convenable, c'est-à-dire, lorsque l'orifice de la matrice est assez ouvert, pour pouvoir y introduire la main, percer les enveloppes & examiner si l'enfant présente le pied ou le bras. Si c'est ce dernier, qui est la partie dont il s'agit ici, on examinera si c'est le droit ou le gauche; ce que l'on reconnoîtra, comme je l'ai dit, à la position des pouces & des autres doigts.

Ce cas peut être encore très-différent, savoir, ou la main ne s'est engagée que dans l'orifice de la matrice ou le vagin,

ou est déjà sortie jusqu'à l'aisselle, ou si loin, qu'une partie de la poitrine est engagée au passage; on peut conséquemment diviser la saillie du bras de l'enfant en trois degrés. Il peut encore être enflé, ou dans son état naturel. On doit bien réfléchir sur toutes ces circonstances, avant de mettre la main à l'œuvre, parce qu'elles demandent chacune une opération particulière.

Dans le premier cas ou degré, on laisse le bras de l'enfant, par exemple, le droit dans le vagin, & l'on coule la main droite le long & en dedans de la main, du bras & de l'aisselle jusqu'à sa poitrine, & delà sur les côtes & le ventre jusqu'aux aînes; on coule delà les doigts sur les parties naturelles, les cuisses, les genoux & les jambes, jusqu'aux pieds, & posant le pouce sous les jarrets, on empoigne les deux jambes & rapprochant les genoux du ventre, on extrait les pieds de manière, qu'ils passent la symphise sacro-iliaque, je veux dire, le long du diamètre oblique du petit bassin, & sous l'aisselle, s'ils sont placés de ce côté & attenant à la hanche, lorsqu'ils aboutissent à cette partie.

C'est dans ce cas-ci, que les Sages-femmes commettent souvent une faute de très-grande conséquence, qui est cause, qu'on ne peut plus tourner l'enfant qu'avec la plus grande peine, au lieu qu'on auroit pu dans le commencement le faire avec la plus grande facilité. Les unes, avant d'être bien assurées de leur fait, saisissent la première partie de l'enfant, qui se présente au passage, & croyant avoir le pieds, tirent le bras dehors. Les autres, quoiqu'elles voient & sentent que c'est ce dernier, le tirent avec violence hors du vagin, & font les mêmes tentatives, que si elles vouloient extraire l'enfant, sans réfléchir, que lorsqu'il est à terme &

extrêmement gros, on lui arracheroit plutôt le bras que d'en venir à bout de cette manière. Elles ne peuvent s'imaginer que la chose est impossible, & qu'après avoir extrait l'enfant jusqu'aux aisselles, elles interrompent l'Accouchement au point, que l'Accoucheur le plus expérimenté, ne peut l'améliorer, sans mutiler l'enfant. Quelques-unes, quoique persuadées, qu'on ne peut extraire ce dernier par le bras, s'imaginent que pour hâter l'Accouchement, il faut faire rentrer cette partie dans la matrice, ce qui est impossible; car, quand même on en viendroit à bout, chaque nouvel accès de douleur le feroit sortir de nouveau. On ne sauroit concevoir les malheurs que peuvent occasionner ces sortes de méprises; car, outre qu'on perd le tems & que toutes les eaux s'écoulent, non-seulement les parties, par lesquelles l'enfant doit sortir, s'enflent, mais encore son bras, à quoi j'ajouterai, que tombant, soit par les tiraillemens qu'il éprouve, soit par les fortes douleurs expulsives, tout à coup sur son aisselle & sur son épaule dans le petit bassin comme en peloton, on a les plus grands obstacles à surmonter pour le tourner.

Lorsque le bras sort au second degré avec l'épaule hors de l'orifice de la matrice, comme on le voit par la *fig.* 1, on ne peut plus si facilement couler la main le long de la poitrine, lors sur-tout que les eaux sont entiérement écoulées. Dans ce cas-ci, supposé que le bras droit de l'enfant soit sorti, on le saisit de la main gauche, comme on le voit par la *fig.* 2, & on coule les doigts de la droite le long de son bras, jusque sous l'aisselle. Si l'on voit qu'on ne puisse pas bien couler la main à côté de sa poitrine, parce qu'elle est trop enfoncée, on tâchera de la lever un peu & de la pousser du côté de l'os des îles où sa tête est placée, en appuyant très-bien son coude sur son genou, au moyen de quoi on aura assez de place pour porter la

main sur sa poitrine, ainsi que je l'ai dit ci-dessus. *Voyez la fig.* 3.

La plus grande difficulté que l'on rencontre, lorsqu'on veut retourner l'enfant, est, lorsqu'une Sage-femme imprudente ayant tiré le bras mal-à-propos, ou que les douleurs s'étant trouvées trop fortes, une grande partie de la poitrine de l'enfant s'est engagée dans la cavité du petit bassin.

Lorsque cet accident arrive, & qu'il reste encore une quantité suffisante d'eau dans la matrice, on peut, comme ci-dessus, en soulevant un peu la poitrine, trouver ses pieds, les saisir & terminer l'Accouchement; mais lorsque les eaux sont entiérement écoulées, & que la matrice s'est resserrée sur le corps de l'enfant, on ne sauroit soulever sa poitrine, ni par conséquent atteindre à ses pieds. On observera, que lorsque dans ce cas-ci la poitrine ne se laisse pas soulever par un effort médiocre, on ne doit pas agir avec violence, car on risqueroit, ainsi que je l'ai dit ci-dessus, de déchirer la matrice ou de l'arracher du vagin. Le plus prudent, en pareil cas, est de chercher l'autre bras & de l'extraire de façon, qu'ils se présentent tous les deux au passage. La poitrine, à l'aide de ce manuel, avance quelquefois dans la cavité de la matrice, pour pouvoir y atteindre les pieds de l'enfant, lorsqu'ils sont placés sur cette partie ou sur son ventre; on peut du moins alors amener un pied dans l'orifice de la matrice, & y appliquer un lac, comme on le voit, *Pl. XV. fig.* 4. On souleve ensuite d'une main la poitrine, & l'on tire en même tems le pied avec le lac, *voyez la fig.* 5, où l'on voit qu'on soutient d'une main la tête de l'enfant, pendant qu'on extrait le pied de l'autre. Comme la cavité de la matrice se trouve plus spacieuse, après que le pied est sorti, on pourra plus aisément soulever la poitrine, & saisir l'autre pied.

Lorfque le bras, qui eft forti, fe trouve ferré par l'orifice de la matrice ou le conftricteur de la vulve au point de s'enfler, de groffir & de boucher le paffage, on doit donner de l'opium à la femme, fomenter le bras de l'enfant & les parties de fa mère, pour prévenir tout accident, jufqu'à ce que la contraction ait ceffé & qu'on puiffe introduire la main dans ce vifcère.

Lorfque la contraction fpafmodique & le refferrement fur le bras de l'enfant continuent, & que le bras s'enfle, devient bleuâtre, noir & gangréné, on ne doit point l'arracher en le tordant dans fon articulation avec l'omoplate; cette méthode eft très-défapprouvée ; car, outre que l'enfant peut vivre, quoique fon bras foit gangréné , on ne pourroit point fe frayer un paffage pour l'introduction de la main, parce que la contraction de la matrice fur l'enfant, eft toujours la même; il vaut mieux faire quelques légères fcarifications dans les tégumens du bras, il en fortira un fang épais & figé, cette partie diminuera & l'ouverture fe trouvera peut-être affez grande , pour pouvoir à côté du bras, introduire la main dans la matrice.

Avant de fcarifier les tégumens, on pliera le bras de l'enfant, & on le levera en le foutenant par le coude, non à deffein de le repouffer , mais pour dilater peu à peu le vagin & l'orifice de la matrice.

Si le bras refte toujours fort enflé, fi la Sage-femme prévoit que tous fes efforts font inutiles, & qu'il lui foit abfolument impoffible de pouvoir introduire la main dans la matrice, elle ne doit pas encore fe hâter d'arracher le bras, mais encore temporifer un peu, car il peut arriver, que la gangrène s'en empare , qu'il fe flétriffe & que fon volume

diminue; dans ce cas elle pourra introduire la main pour extraire l'autre bras & peut-être, sans cette extraction, arriver à l'un ou aux deux pieds. Elle doit uniquement s'occuper de la femme en travail, & si celle-ci est en bon état, elle ne doit point si fort s'inquiéter de ce délai.

Il s'ensuit de ce qui précède, qu'il est très-rarement nécessaire d'arracher le bras, si ce n'est dans une nécessité absolue, lorsqu'on voit, qu'après toutes les tentatives, on mettroit par le long délai, la vie de la femme en danger; dans ce cas, la nécessité n'a point de loi, car autrement il n'est jamais permis de précipiter la chose, ni d'ôter la vie à l'enfant par un moyen aussi cruel.

Pour faire cette opération, on saisit le bras par le coude & on le tord jusqu'à ce que la peau de l'aisselle se déchire; on enfonce ensuite l'index dans cette ouverture pour lacérer le reste de la chair, séparer la clavicule & l'omoplate, & le bras de son articulation, en le tordant sans discontinuer. Après que le bras est sorti, la poitrine s'affaisse & l'on a autant de place qu'il en faut, pour introduire la main dans la matrice pour chercher le pied, y attacher un lac & extraire l'enfant. Je ne me suis jamais trouvé, graces à Dieu, dans le cas de pratiquer cette cruelle opération, & ce n'est qu'avec horreur que j'indique la manière de la faire. Une Sage-femme à 4 lieues d'ici l'a pratiqué depuis peu, cependant (si l'on peut ajouter foi au rapport du Médecin, homme très-respectable) sans nécessité absolue, & l'enfant est, contre toute attente, actuellement convalescent.

Lorsqu'après avoir détaché le bras de l'omoplate, la poitrine reste encore enclavée, on tâche de retourner l'enfant encore plus sur le côté, & lorsqu'on ne peut parvenir à le faire,

ni

ni ſaiſir ſes pieds, on enleve les viſcères contenus dans la poitrine; ce qui eſt une opération du reſſort de la Chirurgie, dont je parlerai dans un article particulier.

L'enfant peut encore préſenter ſes deux mains au paſſage, comme s'il vouloit venir au monde, en ſe traînant ſur ſes mains & ſur ſes pieds. Dans ce cas même on ne doit point s'aviſer de repouſſer l'un des bras, parce que les deux mains de l'enfant jointes à celle de la Sage-femme, n'occupent pas plus de place, que ſa tête ou ſon corps; mais on fait couler la main vers l'aiſſelle & le long de la poitrine, du côté qui eſt le plus près de l'orifice de la matrice, par exemple, de l'épaule gauche, la tête de l'enfant repoſant ſur l'os des îles droit de la mère, & les feſſes ſur le gauche, & par conſéquent la poitrine en bas. J'ai dit ci-deſſus, que lorſqu'on veut extraire les pieds de l'enfant & les faire paſſer ſous l'arcade des os pubis, on trouve beaucoup de difficulté à le faire, lorſque la femme eſt couchée ſur le dos. On doit par conſéquent la faire poſer ſur ſes coudes & ſur ſes genoux, paſſer la main droite entre ſes feſſes & la conduire le long de la poitrine de l'enfant, &c. juſqu'à ce qu'on puiſſe ſaiſir ſes pieds. On place le pouce ſous ſes jarrets & l'on extrait les pieds ſuivant la direction du diamètre oblique du détroit ſupérieur du petit baſſin. Après que ces derniers ſont ſortis, la femme ſe remet ſur le dos, pour terminer l'Accouchement, parce qu'elle ſeroit moins commodément ſur ſes coudes & ſur ſes genoux. On ſe conduit pour le reſte de même que dans l'Accouchement par les pieds.

Lorſque par hazard la tête de l'enfant & ſon bras s'engagent enſemble dans la cavité du baſſin, & que la première partie ſe trouve dans ſa poſition naturelle, il faut, s'il eſt poſſible, faire rentrer la main à côté de la tête & y contenir, juſqu'à ce que

la tête occupe toute la cavité du baſſin, & que la main ne puiſſe retomber.

Lorſque ce moyen ne réuſſit point, & que la tête eſt ſituée obliquement, on ne doit point tenter de faire rentrer la main, pour ne point faire avancer la tête dans la poſition qu'elle a. Il faut à l'inſtant la ſoulever & repouſſer, extraire le bras & retourner l'enfant ſur le côté; ſi on ne le faiſoit pas, les eaux s'écouleroient toutes; la tête de l'enfant deſcendroit dans une poſition oblique, & l'Accouchement ſeroit auſſi difficile que dangereux. Cela fait, on ſe conduit pour le reſte comme ci-devant.

Lorſque la tête de l'enfant & ſon bras ſe préſentent enſemble au paſſage, & que la première eſt dans une bonne poſition, la nature ſeule termine cet Accouchement après un long travail. Le ſeul ſecours que l'art peut procurer dans ce cas-ci, lorſque la main de l'enfant ſort avant la tête & qu'on peut y atteindre, eſt de la ſaiſir & de la tirer pendant qu'on poſe les doigts de l'autre main ſur le côté oppoſé de la tête de l'enfant, pour faciliter l'Accouchement.

VII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente le pied droit & la main gauche, la face appuyée ſur l'os des îles gauche de la mère, le derrière ſur le droit, le ventre en bas & le dos en haut. Voyez la Planche XIII. fig. 2.

Cet Accouchement eſt beaucoup plus facile que le précédent, parce qu'on n'eſt point obligé de chercher les pieds, vu qu'ils tombent d'eux-mêmes dans la main. On doit, dans ce cas-ci, laiſſer le bras tel qu'il eſt, d'autant plus, qu'il n'apporte

aucun obſtacle, ainſi qu'on s'en apperçoit, lorſqu'on eſt obligé de l'extraire, pour pouvoir plus façilement chercher les pieds & les amener dans le paſſage ; & lorſque, comme dans le cas précédent, l'un ou les deux bras ſe préſentent, on eſt obligé de chercher les pieds, qui ſont encore entiérement placés dans la matrice, & même dans une telle poſition, qu'on doit les dégager étant repliés ſur ſon dos ou ſur ſon ventre, & les extraire à côté de ſes deux mains. On doit ſe conduire dans ce cas-ci, comme j'ai dit qu'il falloit le faire, lorſque l'enfant ſe préſente avec l'une des jambes au paſſage.

Puiſque dans ce cas-ci le ventre de l'enfant eſt tourné en bas & forme à peu près la partie moyenne entre la main & le pied, il arrive ſouvent, que le cordon ombilical tombe dans le vagin; il faut le faire rentrer pendant qu'on tourne & qu'on extrait l'enfant, pour ne point le preſſer ni l'offenſer dans le tems qu'on opère.

VIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente la tête, la face tournée vers l'os des îles droit & l'occiput vers le gauche, le dos occupe le fond de la matrice ; les jambes ſont fléchies ſur le bas-ventre, les deux pieds appuyés ſur la face, & ſe font ſentir avec la tête. Voyez la Pl. XV. fig. 1.

Comme on eſt obligé dans les ſituations contre-nature, de terminer l'Accouchement par les pieds, il ſemble qu'il n'y a rien de mieux à deſirer que de trouver ces derniers au paſſage; il ſemble encore, qu'il n'y ait qu'à les ſaiſir & les extraire pour terminer l'Accouchement avec aiſance; mais qu'on

ne s'y trompe pas; qu'on examine fcrupuleufement la fituation de l'enfant, & l'on verra, qu'il y a bien des obftacles à furmonter.

Lorfqu'on tire les pieds fans précaution, on peut luxer les cuiffes, & même caufer la mort à l'enfant, à caufe de la luxation des vertèbres dorfales, le dos de l'enfant décrivant une ligne courbe, que l'on convertit en angle aigu.

Si l'on s'amufe à remonter la tête (je la fuppofe engagée dans le détroit fupérieur du petit baffin) pour la porter fur l'os des îles gauche, on a à combattre & à lutter contre les contractions du fond de la matrice, & lorfqu'on croit lui avoir procuré un point d'appui fur cet os, qu'on l'abandonne pour faifir les pieds, on a le chagrin de la fentir dans le lieu d'où on l'avoit déplacée, foit qu'elle y ait été entraînée par fon propre poids, foit qu'elle y ait été replacée par les contractions du fond de la matrice. Que faire donc en pareil cas, fi l'on ne peut tirer les pieds ni remonter la tête?

Si ces deux manœuvres fe font féparément ou alternativement, on a de très-grands obftacles à furmonter: fi on les fait enfemble, les difficultés feront légères. On faifira donc de la main droite les deux pieds de l'enfant & on les tirera fort doucement, & du tems qu'il n'y a point des douleurs, fi avant dans le baffin, qu'on puiffe placer le pouce dans les plis des genoux. *Voyez la fig.* 2. On alonge le doigt index, courbé & raccourci, en forme de levier contre le front de l'enfant, on repouffe ainfi la tête dans le grand baffin, pendant qu'on amène doucement & par degré les pieds dans le petit, *voyez la fig.* 3, & on continue cette manœuvre jufqu'à qu'on ait extrait les pieds & qu'on ait les mains libres,

pour repouſſer avec l'une la tête de l'enfant, pendant qu'on tire les pieds de l'autre.

Si ce manuel ne réuſſit point, comme cela arrive fort ſouvent, on ne fera plus des tentatives inutiles, pour ne pas faire avancer la tête plus avant dans le paſſage; mais on prend un ruban qu'on plie en deux, pour former une anſe, dans laquelle on paſſe les deux bouts & on en forme un nœud coulant, dans lequel on paſſe l'index & le doigt du milieu; après quoi l'introduiſant dans le vagin juſqu'aux pieds de l'enfant, on paſſe cette anſe, en l'ouvrant avec le pouce, ſur ces derniers & au-delà des talons: cela fait, on tire de lautre main les deux bouts du ruban pour ſerrer le nœud. *Voyez la fig.* 4 *& la main attenante.*

On tient maintenant d'une main le lac, & l'on introduit l'autre, ſavoir la droite, les doigts étendus, juſqu'au front de l'enfant, que l'on ſouleve, pendant qu'on tire les pieds avec le lac. On ſe conduit pour le reſte, comme dans l'Accouchement par les pieds.

Il y a ici encore une attention particulière à faire & qu'on devroit toujours obſerver, c'eſt qu'on ne doit ni tirer ni pouſſer dans le tems que les douleurs ſe font ſentir, car cela n'avanceroit point l'Accouchement; on doit uniquement ſoutenir ce qu'on a gagné, & après que la douleur expulſive a ceſſé, recommencer de nouveau. Il ſeroit à ſouhaiter, que la nature reſtât oiſive dans ce moment & que l'art pût ſeul ſe mêler de la direction de cet Accouchement, juſqu'à qu'on ne rencontre plus d'obſtacle.



IX. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la nuque, l'occiput appuyé sur l'os des îles gauche de la mère, son derrière sur le droit & les deux jambes pliées sur son ventre. Voyez la Pl. XVI. fig. 1.

On connoît par le toucher que l'enfant présente la nuque, aux apophyses épineuses des vertèbres de cette partie, qui sont d'autant plus sensibles dans le milieu, que l'enfant a le menton appuyé sur sa poitrine, & on les distingue de celles du dos, en ce qu'elles sont plus petites, & qu'il n'y a aucune côte des deux côtés. On sent en outre d'un côté l'occiput de l'enfant, de l'autre le menton & de l'autre les bords supérieurs des omoplates.

L'enfant peut avoir les quatre positions suivantes, savoir, celle qu'on voit ici, du côté opposé & le vertex en avant ou en arrière.

L'enfant ne peut naître naturellement dans cette position, excepté dans quelques circonstances particulières & fort rares, dans lesquelles le vertex tombe de soi-même dans l'axe du bassin; on pourra même y contribuer, en faisant prendre à la femme une situation convenable. On ne doit cependant point compter là-dessus, ni laisser écouler les eaux, mais extraire l'enfant par les pieds. Pour pouvoir y atteindre, il faut un peu soulever sa tête & son cou, pour qu'il présente son dos au passage, comme on le voit par la *fig.* 2.

On se sert de la main gauche, que l'on soutient en ap-

puyant le coude fur le genou. On pofe les bouts des doigts fur l'occiput de l'enfant, de façon, que la main pofe à plat fur la nuque, & profitant du tems que les douleurs ceffent, on fouleve la tête, & on la conduit le long de l'os des îles gauche, jufqu'à ce que le dos fe préfente. On fe conduit pour le refte comme dans le cas où l'enfant eft couché fur le dos, ainfi que je le dirai plus bas.

X. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préfente la nuque, le vertex regarde l'une des parties latérales de la faillie de l'os facrum & le dos le bord fupérieur du pubis.

Les fignes dans ce cas-ci, font les mêmes que dans le précédent, excepté que la tumeur du ventre de la femme, n'occupe que le milieu de cette partie, comme dans l'état naturel.

Lorfque toutes les circonftances font favorables à l'Accouchement, par exemple, que le baffin eft fpacieux, que l'enfant n'eft point trop gros, que la femme eft robufte, les douleurs vraies & quelques intervalles durant le travail, on pourroit faire des effais à faire naître l'enfant naturellement.

Après avoir placé la femme, ainfi qu'on le pratique ordinairement, on introduit la main, dont on peut le plus aifément fe fervir, dans la matrice auffi avant qu'il le faut, pour que la tête de l'enfant fe trouve dans la paume de la main, pour pouvoir la faifir & la placer de manière, que le fommet fe préfente à l'entrée du petit baffin, fans tourner la fontanelle du côté de la faillie de l'os facrum, mais vers le diamètre oblique.

Lorſque cette manœuvre ne réuſſit point, comme cela arrive ordinairement, on ne doit point tarder ni faire des tentatives inutiles, ni laiſſer échapper toutes les eaux; car l'Accouchement deviendroit plus difficile, ainſi qu'on l'éprouve, lorſqu'on veut retourner l'enfant.

On doit enſuite retourner l'enfant & l'extraire par les pieds. On laiſſe pour cet effet tomber l'occiput & la nuque de l'enfant dans la main droite, ſuppoſé que le vertex penche vers la ſymphiſe ſacro-iliaque droite, & on place la tête ſur l'os des îles droit. On amenera le bras gauche, au cas qu'il puiſſe former obſtacle pour extraire les pieds, & on ſe conduira pour le reſte comme dans le cas, où le bras de l'enfant eſt ſorti.

XI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente la nuque, le vertex tourné du côté des os pubis de la mère, & le dos appuyé ſur la ſaillie de l'os ſacrum.

Les ſignes de cette poſition ſont les mêmes que dans les deux cas précédens.

Si l'on conſidère les difficultés qu'on rencontre pour mouvoir le vertex de la tête de l'enfant obliquement ſituée, dans l'axe du baſſin, & ſur-tout dans ce cas-ci, à cauſe que les eaux ſe ſont écoulées, on comprendra aiſément, que la Sage-femme agira avec beaucoup plus de prudence, de tourner l'enfant & de l'extraire par les pieds, que de faire continuellement des tentatives inutiles, qui épuiſent la femme & empirent le cas, pour le faire naître naturellement, d'autant plus que quand elle parviendroit à le faire, il deſcendroit avec la face tournée vers le pubis de ſa mère.

On

On fait coucher la femme fur le côté droit, les cuiffes rapprochées de fon ventre, fuppofé que le vertex de la tête de l'enfant penche vers le côté droit; on introduit la main droite entre fes deux feffes dans le vagin & dans la matrice, on place les doigts étendus fur l'occiput, & on fait gliffer la tête fur l'os des îles droit. On peut alors, fans retirer la main de la matrice, laiffer tomber la jambe gauche de la femme fur le bras qui agit, ce qui la remet fur fon dos; on extrait enfuite le bras gauche de l'enfant, au moyen de quoi il fe trouve couché fur le côté.

Au cas qu'on ne puiffe pas porter la tête fur l'os des îles, à caufe de la forte contraction de la matrice fur l'enfant, on tâchera de couler les doigts de la main droite entre la nuque fur fon épaule droite, & de la tirer un peu vers le bas, pendant qu'on fait faire avec le pouce placé fur les vertèbres, une demi-rotation au dos; de forte, qu'il regarde l'os des îles droit de la mère. Si les pieds font alors pliés fur le ventre, & qu'on puiffe, par l'ouverture qu'on s'eft frayée, conduire aifément fa main, on faifira les deux pieds ou bien un feul, lorfqu'on ne peut pas facilement faifir les deux, & on les amenera au paffage, jufqu'à ce que les genoux fe trouvent contre ou fous l'aiffelle. On appuie fortement le pouce dans les plis des genoux, & ayant bien faifi les jambes, on fouleve l'aiffelle avec l'index, pendant qu'on les extrait, comme *la fig.* 3. *de la Pl. XV.* montre, & qu'on le pratique à l'égard de la tête, pour les amener entiérement dehors. On fe conduira pour le refte, de même que dans le cas précédent.

Au cas qu'on ne puiffe pas faire faire une demi-rotation à l'enfant, pour le placer fur fon côté, on tâchera du moins de couler un ou deux doigts fur fon épaule & fur fon bras, juf-

que dans le pli du coude, pour pouvoir avec ces mêmes doigts, en forme de crochet, extraire le bras; par ce moyen, la matrice aura plus d'efpace, on y pourra plus facilement introduire la main, & on n'aura qu'à fe conduire comme dans le cas, où l'enfant préfente le bras.

XII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préfente le dos, l'occiput placé fur l'os des îles gauche, le derrière fur le droit, & les jambes repliées fur fon ventre. Voyez la Pl. XVI. fig. 2.

Lorfque l'enfant préfente le dos à l'orifice de la matrice, il peut avoir quatre pofitions différentes, mais pour l'ordinaire il eft fitué obliquement ou de travers, c'eft-à-dire, avec la tête fur l'un des os des îles de la mère & le derrière fur l'autre. Dans le cas où il fe préfente comme on le voit ici, on a les fignes fuivans:

1.° Le ventre de la mère eft plus large & moins élevé, que dans l'état naturel de la groffeffe. On apperçoit d'un côté de fon ventre une tumeur remarquable, formée par la tête de l'enfant, qui, lorfqu'on y touche, caufe une fenfation douloureufe à la mère.

2.° Les douleurs font généralement plus modérées, & au commencement plus aigues des deux côtés du ventre, que vers le bas des lombes.

3.° La femme ne fent aucune pefanteur particulière dans la région inférieure, comme dans l'Accouchement naturel, à mefure que la tête defcend.

4.° L'orifice de la matrice eſt ſitué fort haut, & eſt de même que ſon cou encore épais.

5.° L'orifice de la matrice ne forme pas un cercle tout-à-fait rond, mais un peu alongé, & la ſurface de la poche des eaux eſt plate & peu tendue.

6.° Le dos de l'enfant eſt placé ſi haut, à cauſe qu'il ne peut deſcendre dans le petit baſſin, qu'on ne peut quelquefois y atteindre avec le doigt, & que pour reconnoître la poſition de l'enfant, on eſt obligé d'introduire toute la main.

7.° Après que les eaux ont percé, on ſent les apophyſes épineuſes des vertèbres du dos, & même l'on peut, quand on le touche avec attention, ſavoir, de quel côté ſont ſitués la tête & le ſiège de l'enfant, parce que les vertèbres vont en diminuant vers la tête, & au contraire en augmentant vers le ſiège. En outre, les apophyſes s'inclinent les unes ſur les autres vers le bas; il eſt vrai que ces tubercules ſont ſi petits au terme de la naiſſance, qu'on peut à peine les diſtinguer, mais il eſt toujours bon d'en avoir une idée. On ſent de chaque côté les côtes, & au-deſſus le bord poſtérieur & l'angle inférieur des omoplates.

Cet Accouchement n'eſt pas auſſi laborieux que pluſieurs perſonnes ſe l'imaginent, & moins laborieux que ceux dans leſquels l'enfant préſente la poitrine ou le ventre; la raiſon en eſt, que dans ces derniers, les jambes étant repliées ſur le dos, lorſqu'on veut placer l'enfant ſur le côté, on ne peut les extraire qu'avec beaucoup de peine; au lieu que dans le premier cas, les jambes ſont ordinairement repliées ſur le ventre, & qu'on les peut plus facilement amener, en faiſant faire une demi-rotation au corps de l'enfant.

La difficulté de cet Accouchement provient pour l'ordinaire de ce que la matrice se contracte & se serre entiérement sur le corps de l'enfant aussi-tôt après que les eaux ont percé & se sont écoulées; car la femme, qui, dans le commencement du travail, se trouve plus incommodée que dans l'Accouchement naturel, & qui voit que l'Accouchement n'avance pas, fait des efforts pour faire valoir ses douleurs; ce qui est cause que les eaux percent trop tôt, s'échappent toutes, que la matrice se contracte fortement & entiérement sur toutes les parties de l'enfant, & empêche par-là l'introduction de la main, pour faire reculer l'enfant & le placer sur le côté.

On ne doit par conséquent point abandonner trop long-tems cet Accouchement à la nature, mais percer les membranes à tems, & s'assurer de la position de l'enfant; ce qui n'est cependant, dans ce cas-ci, point d'une nécessité absolue, il suffit que l'on sache, qu'il est situé sur le dos, puisqu'alors on doit le tourner pour le placer sur le côté & atteindre les pieds. Peu importe qu'on saisisse pour cet effet sa poitrine, lorsqu'on agit avec prudence, & qu'on n'appuie pas trop dessus, non plus que sur les hanches: il vaut cependant mieux appuyer sur ces dernières, tant à cause que l'on a un meilleur point d'appui, qu'à cause qu'on atteint plus aisément & plus promptement aux jambes & aux pieds.

Quelques-uns veulent, mais mal-à-propos, que l'on souleve l'enfant, de façon, que son derrière se présente à l'orifice de la matrice; mais cela ne peut avoir lieu, & encore trouve-t-on plus de difficulté, que lorsque les eaux remplissent encore la matrice. Lorsqu'il s'en est écoulé une grande partie, & que la matrice sert le corps de l'enfant, cette opération devient absolument impossible; & il vaut mieux s'y prendre de la manière suivante.

Lorfqu'on connoît par l'angle inférieur des omoplates & à la diminution graduelle des vertèbres du côté de la tête, la pofition de l'enfant; par exemple, qu'il a cette dernière partie fur l'os des îles gauche de fa mère & les feffes fur le droit, on doit introduire les doigts de la main gauche dans la matrice, & les couler doucement le long de fon dos du côté droit de la mère, jufqu'à ce que fon pouce fe trouve fur la hanche gauche & fes doigts fur la droite; & l'ayant bien faifie, on fera une demi-rotation, pour le faire tomber fur la hanche droite. *Voyez la fig.* 4.

Il peut arriver que l'enfant foit placé de façon, que fa hanche fe trouve plus bas que fa poitrine : comme l'on a affez de place pour introduire la main jufqu'à l'aîne droite de l'enfant, on la coulera le long de fon ventre, jufqu'à ce qu'on rencontre fa main droite; on la faifira avec l'index plié en forme de crochet & on l'extraira, *fig.* 5, moyennant quoi l'enfant tombe fur le côté, & préfentera la main droite au paffage. Je renvoie pour la fuite le Lecteur à ce que j'ai dit au fujet de ces fortes de circonftances.

On doit agir de même dans les trois autres cas, où l'enfant eft couché fur le dos, je veux dire, foulever la hanche, pour lui faire changer de fituation & le pofer fur le côté.

Il peut arriver qu'il ait fes pieds repliés fur fon derrière. Au cas qu'on puiffe y atteindre, il faut les tirer à foi, appliquer un lac à l'un ou à tous les deux enfemble, & les extraire d'une main avec le lac, pendant qu'on fouleve fes reins de l'autre.



XIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la poitrine, le visage appuyé sur l'os des îles droit de sa mère, le ventre sur le gauche & les jambes pliées sur son dos. Voyez la Pl. XVII. fig. 1.

L'enfant peut dans ce cas-ci, de même que dans le précédent, se présenter par la poitrine de quatre façons différentes: 1.° comme on le voit ici; 2.° à l'opposite, savoir, le visage appuyé sur l'os des îles gauche de sa mère & le ventre sur le droit; 3.° avec le visage sur l'os pubis & le ventre sur la saillie de l'os sacrum; & enfin 4.° le visage en arrière & le ventre en avant.

Pour terminer cet Accouchement avec succès, l'on doit d'abord s'assurer de la position de l'enfant, autrement l'on pourroit commettre une faute, à laquelle il ne seroit pas aisé de remédier. On doit, dis-je, examiner d'abord de quel côté le visage & le ventre de l'enfant sont tournés; car si on les faisoit avancer ou reculer, en idée de le placer en sorte que le ventre se présente, on pourroit le placer sur son cou. On doit donc introduire la main dans le vagin, conduire l'index tout autour de la partie qui se présente, & chercher l'endroit où le sternum, les côtes & le creux de l'estomac sont placés. On connoîtra par le moyen de ces parties la manière dont il est situé.

Lorsque l'enfant est situé de travers, comme on le voit par la figure, on a à peu près les mêmes signes & les mêmes phénomènes, que lorsque l'enfant se présente par le dos; excepté, qu'au lieu des apophyses épineuses des vertèbres, on sent le sternum qui est plat. Si outre cela on sent les clavicules &

le creux de l'eſtomac, il ne ſera plus difficile de ſavoir l'endroit où ſa tête & ſon ventre ſont placés.

Lorſqu'on s'eſt ainſi aſſuré de la poſition de l'enfant, & que l'orifice de la matrice eſt ſuffiſamment ouvert, on examine d'abord, avant de ſoulever ſa poitrine, ſi peut-être ſes pieds ne ſont point pliés ſur ſon ventre; s'ils le ſont, on les ſaiſit ſéparément ou tous les deux enſemble, & on les tire dans le vagin auſſi avant qu'on le peut faire ſans effort. Après les avoir extrait dans l'orifice de la matrice juſqu'au deſſus des genoux, on place le pouce ſous le jarret, l'index contre la poitrine & les autres doigts ſur les jambes de l'enfant. On ſouleve la poitrine avec l'index, pendant que l'on amène les pieds. Dans le cas où l'on ne réuſſit pas, on y applique un lac, & pendant qu'on ſouleve la poitrine d'une main, on tire au lac avec l'autre, pour extraire les pieds.

Dans ce dernier cas, l'Accouchement peut être auſſi promptement qu'heureuſement terminé; mais comme pour l'ordinaire l'enfant a les jambes pliées ſur ſon dos, comme on le voit par la *fig.* 1, on rencontre ſouvent des difficultés de grande importance.

Lorſque dans ce dernier cas on eſt appellé à tems avant que les eaux aient percé, & que toutes les autres circonſtances ſont favorables, on peut aiſément ſurmonter les obſtacles qui ſe préſentent; la choſe eſt plus difficile, lorſqu'il y a quelque tems que les eaux ſe ſont écoulées, & preſque impoſſible, lorſque la poitrine reſte enclavée dans le détroit ſupérieur du petit baſſin. On peut donc diviſer cet Accouchement en facile, laborieux & impoſſible.

Ce que j'ai dit ci-deſſus, regarde l'Accouchement facile; je

vais maintenant parler du laborieux, dans lequel l'enfant a les jambes pliées sur son dos, & les eaux se sont déjà écoulées.

Après avoir introduit la main droite dans la matrice, on coule les doigts sur sa poitrine jusque sous l'aisselle droite, & on place son pouce sous la gauche; agissant ensuite sur les deux aisselles, & non sur la poitrine, on tâche de faire faire une demi-rotation au corps de l'enfant, & de le placer sur le côté, comme on le voit par la *fig.* 4. On extrait ensuite son bras droit, pour l'y placer encore mieux, après quoi on coule en descendant la main le long de son épaule & de son dos jusque sur ses cuisses, & de celles-ci sur ses jambes, qu'on saisit, en plaçant le pouce sous les jarrets, & on conduit ses pieds le long du diamètre oblique du détroit supérieur du petit bassin, jusque dans le vagin. *Voyez la fig.* 5. Si la hanche droite s'oppose à l'extraction des pieds, on doit la soulever avec l'index, pendant qu'on travaille à les extraire.

Lorsque ce manuel ne réussit pas, on pousse la poitrine sur l'os des îles droit, le coude appuyé sur son genou, pour que l'enfant présente le bas-ventre, *voyez la fig.*3, & on continue à terminer l'Accouchement de la manière que j'indiquerai, en traitant cet article. On peut essayer de dégager & d'extraire l'un ou l'autre des bras de l'enfant à côté de sa poitrine, pour le placer sur son côté, soit que le dos regarde le devant ou le derrière. Dans le premier cas, pour pouvoir atteindre aux pieds, on fera placer la femme de façon, qu'elle ait le corps appuyé sur ses coudes & sur ses genoux, ou qu'elle soit couchée sur l'un de ses côtés; on introduira par derrière la main dans le vagin, & après que les pieds seront sortis, on la fera recoucher sur le dos.

Lorsque l'enfant, au lieu d'avoir les jambes repliées sur

son

ſon ventre, les a ſur le dos, qu'on ne peut ni le retourner, ni extraire ſes bras, que les eaux ſe ſont écoulées, & la matrice tellement reſſerrée autour de ſon corps, que ſa poitrine s'enclave à l'entrée du baſſin, l'Accouchement devient impoſſible, & il ne reſte d'autre choſe à faire, que de baptiſer l'enfant & de l'abandonner à ſon ſort, en attendant qu'il meure ſans avoir vu le jour. Il arrive quelquefois que ſes parties s'affaiſſent & diminuent aſſez pour pouvoir le retourner. Lorſqu'on ne le peut, & qu'on eſt aſſuré de ſa mort, au défaut de battement de ſon cœur, à l'affaiſſement de ſa poitrine, à la mauvaiſe odeur qu'il exhale, & à la peau, qui ſe détache de ſes côtes, on doit abſolument vuider ſa poitrine, comme je l'enſeignerai ailleurs.

On aura égard aux mêmes circonſtances dans les autres poſitions, dans leſquelles l'enfant préſente la poitrine au paſſage.

XIV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente le ventre, la poitrine appuyée ſur l'os des îles droit de ſa mère & les cuiſſes ſur le gauche, les jambes repliées ſur ſon dos & le cordon ombilical hors du vagin. Voyez la Pl. XVII. fig. 2.

On ne doit pas s'imaginer que la poſition repréſentée dans cette Planche, ſoit la ſeule que l'enfant puiſſe avoir dans la matrice, lorſqu'il préſente le ventre au paſſage, ſon corps eſt quelquefois tellement courbé en arrière, que l'occiput poſe ſur ſon dos & ſes pieds ſur ſa tête. D'autres fois ſes jambes ſont arquées de façon, que les plantes de ſes pieds poſent ſur ſes reins & que ſon corps forme un ovale. D'autres fois enfin, ſes cuiſſes ſont placées contre & à côté de ſon ventre.

L'enfant peut être avec ces différentes flexions de ſon corps & de ſes membres, ſitué comme dans le cas précédent, c'eſt-à-dire, avec la poitrine figurée comme ici, ou avoir une poſition oppoſée; la poitrine peut auſſi regarder le devant ou le derrière de la mère.

Les ſignes qui annoncent que l'enfant préſente le ventre au paſſage, ſont les ſuivans:

1.° La poche formée par les membranes eſt grande, étendue & flaſque.

2.° On ſent, même avant que les membranes ſe déchirent, le cordon ombilical, qui pour l'ordinaire avance hors du ventre.

3.° Après que les membranes ſe ſont déchirées, il en ſort une grande quantité d'eau, & on trouve le cordon ſeul dans le vagin.

4.° Lorſqu'on coule la main le long de ce dernier, on ſent au milieu du ventre une groſſeur molle & large, qui s'étend d'un côté juſqu'au bord ſupérieur de la poitrine & de l'autre au baſſin, où l'on ſent le bord ſupérieur des os des îles. Lorſqu'indépendamment de ces circonſtances, on trouve le creux de l'eſtomac, il eſt aiſé de ſavoir de quel côté cette partie & les cuiſſes de l'enfant ſont tournées.

Ce qu'on pourroit exiger de mieux de la nature dans ce cas-ci, ce ſeroit qu'elle reſtât oiſive & qu'elle s'en rapportât entiérement à l'art, vu qu'il doit ſeul terminer l'Accouchement. On doit par conſéquent rompre les membranes, au cas qu'elles ſoient encore entières, mais pas trop précipitamment, ni avant que l'on ſoit entiérement aſſuré, qu'on pourra enſuite introduire

la main dans la matrice pour terminer l'Accouchement, parce que la ſortie du cordon pourroit occaſionner la mort de l'enfant, ſans faire mention de l'obſtacle que peut former l'écoulement des eaux.

On examinera d'abord comment l'enfant eſt ſitué, & où ſes pieds ſont placés; ſi ſes cuiſſes ſont pliées ſur ſon ventre & ſituées, par exemple, ſur l'os des îles gauche de la mère, on introduit la main gauche dans le vagin, on ſaiſit le cordon, on le fait rentrer dans la matrice, & on l'y retient avec la main qui agit; & dans le cas où il n'y reſte point, on le laiſſe tel qu'il eſt. On ſaiſit enſuite l'une des jambes, puiſqu'on ne peut atteindre aux deux, on la tire, & plaçant le pouce ſous le jarret, on l'amène dans le vagin. Cela fait, on coule les doigts le long de cette même jambe & cuiſſe jusqu'aux parties naturelles, pour trouver l'autre cuiſſe & par conſéquent la jambe, que l'on amène de même dans le vagin près de la première; & les ſaiſiſſant toutes deux, on rapproche, pendant qu'on les extrait, les genoux de l'os des îles droit, pour faire deſcendre les feſſes du gauche, & terminer l'Accouchement comme je l'ai dit, en parlant de celui par les pieds.

Dans le cas où l'on ne peut facilement atteindre les pieds, parce qu'ils ſont placés trop haut ſur l'os des îles de la mère, on commence par ſoulever un peu la poitrine de l'enfant, afin de rapprocher ſes parties naturelles de l'orifice de la matrice; ce qui facilite le moyen de pouvoir arriver aux pieds.

On ſe conduit de même, lorſque l'enfant a la poitrine en avant ou en arrière, excepté qu'en pareil cas l'on doit tourner l'enfant un peu obliquement, pour amener ſes pieds par le dia-

mètre oblique du détroit ſupérieur du petit baſſin; car ſi l'on agiſſoit autrement, la ſaillie de l'os ſacrum s'oppoſeroit à leur ſortie.

Tout va bien juſqu'ici; mais cet Accouchement ne ſe termine pas toujours auſſi heureuſement, & il y a des circonſtances qui le rendent très-laborieux, lors ſur-tout que l'enfant a les jambes renverſées ſur ſon dos, parce que, quoiqu'on ſouleve la poitrine, on ne peut y atteindre, à moins qu'on ne s'y prenne de la manière ſuivante.

On porte les doigts étendus de la main droite, leur dos tourné en devant, ſur la hanche gauche de l'enfant, & on la ſouleve un peu, pour le faire tomber ſur le côté droit. Dans le cas où l'on ne réuſſit point, on appuie le pouce ſur la hanche gauche & les doigts ſur la droite, & on l'abaiſſe en même tems qu'on ſouleve la gauche avec le pouce, comme on le voit, *fig.* 4. *de la Pl. XVI*, l'enfant préſentant le dos. Lorſque le bras empêche de pouvoir ſaiſir & amener les pieds, on le tire dehors, comme on le voit par la *fig.* 5 *de la même Planche.* On coule enſuite les doigts le long des jambes, juſqu'à ce que le pouce ſe trouve ſous les genoux, on les ſaiſit, en tournant un peu le dos de la main du côté du diamètre oblique, & on les conduit le long de la partie latérale du dos de l'enfant dans le vagin. Dans le cas où les pieds s'arrêtent ſur la hanche, on la ſouleve un peu avec l'index, & l'enfant tombe ſur le dos, la poitrine en avant ſur l'os pubis. *Voyez la fig.* 5. *de la Pl. XVII.*

Lorſqu'on ſouleve dans ce cas-ci la hanche droite de l'enfant, ſon dos regarde le pubis de la mère, & après avoir extrait les pieds, ſon ventre occupera la région du ſacrum; mais cette poſition n'eſt pas favorable pour dégager & extraire les pieds; on ſera pour lors obligé de faire poſer la

femme ſur ſes coudes & ſes genoux, & de ſe ſervir de la main gauche, pour extraire les pieds le long des os pubis de la mère.

L'unique attention qu'on doit avoir, lorſqu'on extrait l'enfant par les pieds le long de l'os ſacrum de la mère, eſt de faire enſorte, que ſon dos ſoit placé dans la cavité de ce même os; & lorſqu'on veut le coucher ſur ſon ventre, on ne doit pas dans ce cas-ci le tourner vers l'os des îles gauche, mais vers le droit, c'eſt-à-dire, qu'on doit toujours le tourner du côté où ſa tête étoit placée; car lorſqu'on n'a pas cette attention, on eſt obligé de faire une rotation de trois quarts du corps, pour le placer ſur ſon ventre.

La violence des douleurs eſt quelquefois cauſe, que l'enfant, après s'être avancé ſur ſon ventre dans la cavité du petit baſſin, y reſte enclavé. Cela arrive ordinairement, lorſque l'enfant a une aſcite; ce que l'on connoît aiſément au cordon ombilical, qui eſt également hydropique, & ſe préſente en forme d'un boudin. Le ventre eſt affaiſſé, fort gros & s'avance inſenſiblement dans la capacité du petit baſſin, de même que fait, dans certaines circonſtances, la très-groſſe tête d'un enfant.

Il faut dans ce cas-ci, avant de chercher les pieds de l'enfant, vuider avec un trois-quarts les eaux épanchées dans ſon bas-ventre, comme j'enſeignerai ailleurs, & continuer enſuite, comme on l'a vu ci-deſſus; & quand même on ſeroit pleinement convaincu de la mort de l'enfant, on doit ſuivre les mêmes préceptes.

J'ai dit ci-deſſus, que lorſque les eaux viennent à percer, & que l'enfant préſente le ventre, le cordon avance preſque toujours dans le vagin, & ſort même par la vulve. Lorſqu'on voit

que l'orifice de la matrice n'eſt pas aſſez ouvert pour y introduire la main & extraire l'enfant, il faut faire coucher la femme, faire rentrer le cordon dans le vagin & couvrir l'orifice de celui-ci avec une compreſſe trempée dans du lait chaud, ou telle autre liqueur ſemblable, lors ſur-tout que l'enfant eſt encore vivant; ce que l'on connoît à la pulſation du cordon. Lorſqu'on commence à retourner l'enfant, & que le cordon ne reſte point dans la matrice, après l'avoir introduit, il faut le laiſſer juſqu'à ce que l'Accouchement ſoit tout-à-fait terminé.

XV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente l'épaule droite, ſon oreille droite appuyée ſur l'os des îles gauche de ſa mère, ſa hanche droite ſur le droit, le dos en avant & le ventre en arrière. Voyez la Pl. XVIII. fig. 1.

Lorſque l'enfant préſente l'épaule au paſſage, on ſent un petit corps dur & rond, différent du coude, qui eſt plus petit & plus pointu, mais moins que le genou. Pour diſtinguer l'épaule & connoître la vraie poſition de l'enfant, on doit toucher les parties contigues, le cou, la fente ou rainure antérieure & poſtérieure que forme l'aiſſelle, le bras, l'omoplate & une partie de la poitrine.

On n'a autre choſe à faire dans ce cas-ci, que d'extraire le bras de l'enfant, & de ſe conduire enſuite comme j'ai enſeigné à le faire, lorſqu'il préſente cette dernière partie. Il peut cependant arriver, qu'on ne peut dégager le bras, parce que l'enfant s'eſt enfoncé ſur ſon cou, & on eſt alors obligé de le ſoulever de la main droite, pour placer cette partie ſur l'os des îles droit de ſa mère.

Il eſt inutile de ſoulever l'enfant pour le retourner ſur le dos, & enſuite ſur le côté gauche; car quoique ſa face regarde le pubis de la mère, on le place bien plus facilement ſur ſon ventre, lorſqu'on l'a extrait juſqu'à cette dernière partie, qu'en lui faiſant faire une rotation de trois quarts du corps. Il eſt vrai qu'on a plus de peine à trouver & à amener ſes pieds, mais lorſqu'on ne peut y atteindre aiſément en faiſant coucher la femme ſur le dos, il faut la faire appuyer ſur ſes coudes & ſur ſes genoux, juſqu'à ce qu'ils ſoient ſortis, ainſi que je l'ai dit pluſieurs fois. Au reſte, on ne doit point tant s'effrayer, en extrayant l'enfant lorſqu'il a le ventre tourné vers le pubis de ſa mère, pourvu qu'on ſe conduiſe avec prudence, qu'on ait l'attention de le bien ſoutenir & de le placer à tems ſur ſon ventre.

On doit ſe conduire de même, lorſqu'il a la poitrine tournée vers l'un ou l'autre os des îles de ſa mère; on doit ſeulement prendre garde de ne pas ſe méprendre, croyant de toucher ſa tête ou ſon ſiège, parce qu'on abandonneroit peut-être l'Accouchement à la nature. Si on le faiſoit, ſon épaule s'engageroit plus avant au paſſage, & ne manqueroit pas de s'y enclaver, & l'on auroit toutes les peines du monde à l'extraire, à cauſe qu'on ne pourroit plus introduire la main dans la matrice, pour chercher les pieds.



XVI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente l'aiſſelle droite, le bras droit appuyé ſur l'os des îles gauche de la mère & à côté de ſa tête, & la hanche droite ſur le droit, la poitrine en haut & le dos en bas. Voyez la Pl. XVIII. fig. 2. (*)

Cette poſition diffère peu de celle ſur le côté, mais on doit s'en aſſurer par le toucher, pour y apporter le ſecours néceſſaire à tems, autrement les eaux s'échapperont toutes, & on pourroit alors rencontrer les plus grandes difficultés, pour ſaiſir & extraire les pieds.

On connoît l'aiſſelle au creux qu'elle forme ſous le bras, & en touchant les parties contigues, telles que la poitrine, le dos, les côtes, &c. On s'aſſure par ces dernières parties de l'endroit, où la poitrine & le ventre ſont ſitués, & l'on cherche enfin où les pieds ſont placés.

On n'a ici aucun bras à extraire, pour atteindre aux pieds; le ſeul obſtacle qu'on peut rencontrer, eſt, lorſque la tête de l'enfant eſt placée trop bas, parce qu'on ne pourroit alors les extraire facilement. Dans ce cas, on doit un peu la ſoulever, en plaçant le pouce de la main gauche ſous l'aiſſelle & les doigts étendus ſur l'occiput de l'enfant.

On doit dans ce cas-ci agir de même, comme ſi l'enfant préſentoit le bras droit, & ſuivre les préceptes que j'ai donnés touchant cet article; mais ſi les pieds regardent le pu-

(*) L'aiſſelle devroit être placée au milieu de l'orifice de la matrice, mais le Graveur n'a ſu comment s'y prendre, pour lui donner cette poſition.

bis de la mère, on doit, comme ci-devant, placer la femme ou ſur ſon côté, ou le corps appuyé ſur ſes coudes & ſur ſes genoux, pour pouvoir aiſément introduire la main dans la matrice, ſaiſir les pieds de l'enfant & les extraire.

Dans le cas où les jambes ſont repliées ſur le dos de l'enfant, cette dernière partie regardant l'os ſacrum de ſa mère, & la tête appuyée ſur l'os des îles gauche, on fait coucher la femme ſur le dos, & l'on ſe ſert de la main gauche, de manière, qu'après avoir ſaiſi les jambes, on doit extraire les genoux perpendiculairement du côté de l'os des îles droit, l'enfant ſe trouve par-là ſur ſon dos, & alors on le peut facilement placer ſur ſon ventre, en croiſant, pendant qu'on l'extrait, ſes jambes, ſavoir, la droite ſur la gauche; au lieu que quand on rapproche les genoux de l'os des îles gauche, on doit retourner l'enfant environ les trois quarts de ſa poitrine. *Voyez la Pl. XIII. fig.* 4.

XVII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente le côté droit, l'oreille droite appuyée ſur l'os des îles gauche de ſa mère, la hanche ſur le droit, le dos en avant & le ventre en arrière. Voyez la Pl. XVI. fig. 5.

On connoît cette poſition à la groſſeur & à la largeur de la poche formée par les membranes, qui ſont fort peu tendues, & dans leſquelles on ſent ſouvent une portion du cordon ombilical. La tumeur du ventre de la femme eſt large & plate. Pour connoître à fond la poſition de l'enfant, on doit introduire la main dans le vagin, pour s'aſſurer de quel côté ſont ſa tête, ſes feſſes, ſon dos & ſon ventre.

Lorſque ſon bras eſt ſitué à côté de ſa tête, & qu'il ne s'oppoſe

point à l'extraction des pieds, on coule les doigts étendus de la main droite le long de ses côtes, de son ventre, de ses aînes, & ensuite sur ses parties, ses cuisses, ses genoux & ses jambes jusqu'à ses pieds; on place le pouce sous ses jarrets, pour rapprocher ses genoux de son ventre, & l'on extrait les pieds, comme je l'ai enseigné en parlant de l'Accouchement, dans lequel l'enfant présente le bras droit.

Si le bras empêchoit d'extraire les pieds, ou qu'on ne pût y atteindre, il faudroit l'accrocher avec l'index dans le pli du coude, *voyez la même fig.*, & l'extraire, il serviroit de guide pour trouver les pieds.

XVIII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le coude droit à l'orifice de la matrice, la tête appuyée sur l'os des îles gauche & les fesses sur le droit. Voyez la Pl. XVI. fig. 5.

On connoît le coude au pli que forme l'avant-bras, il ressemble pour tout le reste au genou, excepté qu'il est plus petit, plus pointu & plus inégal que le genou.

L'enfant a pour l'ordinaire une position transversale, lorsqu'il présente le coude, c'est-à-dire, qu'il a la tête appuyée sur l'un ou l'autre os des îles; mais quand même la tête feroit tournée vers le devant ou vers le derrière, l'on ne devroit pas dans ce cas-ci, non plus que dans l'autre, faire des tentatives inutiles pour faire rentrer le coude, pour les raisons que j'ai dites si souvent, mais au contraire former avec le doigt index de la main qui opère un crochet, qu'on place dans le pli du coude, & avec lequel on extrait le bras. On se conduit pour le reste, comme dans l'Accouchement précédent.

XIX. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente les deux genoux, le dos en arrière & le ventre en avant. Voyez la Pl. XVIII. fig. 4.

Lorsque l'enfant se présente de la sorte à l'orifice de la matrice, l'on doit d'abord s'assurer, si ce sont ses genoux ou ses coudes; car dans le premier cas, si toutes les autres circonstances sont favorables, & que l'enfant soit bien situé, je veux dire, s'il a le ventre tourné en arrière, on peut abandonner cet Accouchement à la nature, jusqu'à ce que les genoux sortent davantage; au lieu que lorsqu'il présente le coude, on doit chercher ses pieds, & on ne doit, pour cet effet, pas trop temporiser, pour ne pas s'exposer à l'écoulement total des eaux.

Les genoux sont moins pointus que les coudes, & on les connoît à la mobilité de la rotule. On sent en outre d'un côté les cuisses & de l'autre les jambes, & lorsqu'on avance le doigt un peu plus haut, on rencontre les pieds ou les parties naturelles de l'enfant.

Lorsque l'enfant présente les genoux, l'on doit se rappeller les quatre positions qu'il peut avoir, à cause que lorsqu'on l'extrait par les pieds, & qu'il a le ventre autrement tourné que du côté de l'os sacrum de la mère, on doit commencer par croiser ses jambes, pour le placer plus aisément sur son ventre.

Lorsque les genoux sont si fort avancés dans la cavité du bassin, qu'on ne peut aisément extraire les pieds, on les laisse avancer jusqu'à ce qu'ils sortent d'eux-mêmes hors du vagin, car on aura encore assez du tems de reste, pour retourner l'enfant sur son ventre; mais lorsqu'on est assuré de la position dont il s'agit ici, avant que ses genoux descendent dans le pe-

tit baſſin, il eſt plus prudent d'extraire les pieds, parce qu'on ignore l'obſtacle qu'ils peuvent former au paſſage: il eſt du moins certain, que les pointes des talons & des orteils effleurent les parties molles du paſſage, ſur-tout en paſſant ſur le conduit urinaire; ce qui peut être ſuivi d'inflammation & de grandes incommodités pour la femme.

Pour extraire les pieds, lorſque les genoux ſont fort avancés dans le petit baſſin, on fait couler les doigts de l'une ou de l'autre main ſous les jarrets, & enſuite ſur le gras des jambes, en tenant le pouce, à l'oppoſite des autres cas, ſur les genoux; ou ſi les pieds regardent le devant & les genoux le derrière du baſſin, on poſe le pouce ſur les pieds & non ſur les genoux, & l'on extrait les premiers de biais à côté de l'os iſchion: lors cependant qu'on s'aviſe d'extraire les pieds, avant que les genoux ſoient deſcendus dans la capacité du petit baſſin, on ſe conduira de même que dans l'Accouchement par les pieds, en faiſant toujours attention au cordon ombilical.

CHAPITRE XXI.

Des Accouchemens contre-nature, dans leſquels l'enfant préſente la tête.

ON ne doit pas s'imaginer, lorſqu'un enfant préſente la tête, que l'Accouchement ſoit toujours facile & naturel, vu qu'il y a pluſieurs cas, dans leſquels la nature ne peut agir ſans le ſecours de l'art, ſi ce n'eſt dans certaines circonſtances, qui ſont cependant auſſi dangereuſes pour la mère, que funeſtes pour ſon enfant.

Je ne dis rien ici de la tête, qui, après que le corps eſt ſorti, prend une mauvaiſe poſition, parce que j'ai traité de ceci ſéparément dans chaque article particulier; mais de celle, qui, au commencement du travail, ſe préſente au paſſage, de façon qu'elle ne peut ſortir la première, ſi ce n'eſt dans quelques circonſtances particulières.

J'ai dit ci-devant, que ſuivant la regle générale de la nature, l'enfant naît la tête la première, quoique cette partie puiſſe s'engager en différentes manières dans le petit baſſin: 1.° comme je l'ai dit en traitant de l'Accouchement naturel, ſavoir, l'occiput tourné du côté des os pubis. 2.° La face tournée vers ces mêmes os & l'occiput du côté de l'os ſacrum, opposée à la première poſition. 3.° La face regardant l'un des côtés du petit baſſin & formant une poſition tranſverſale. 4.° La face en bas, l'occiput en haut, de manière que la fontanelle réponde à l'os ſacrum. 5.° A plat ſur le vertex, de manière que l'occiput regarde la ſymphiſe du pubis, le front, la ſaillie de l'os ſacrum & la fontanelle en bas.

Toutes ces poſitions peuvent également avoir lieu, ſoit que l'enfant ſoit vivant, ſoit qu'il ſoit mort. Comme dans ce dernier cas, la groſſeur de la tête diminue, les douleurs la font avancer; ce qui eſt avantageux d'un côté & nuiſible de l'autre, parce qu'on ne peut pas ſi commodément appliquer les inſtrumens, tels que le levier, le forceps, &c. Lors au contraire que la tête d'un enfant vivant eſt petite & le baſſin de la femme grand & ſpacieux, elle ſort peu à peu à l'aide des douleurs, & preſque ſans aucun ſecours. Lorſque la tête & le baſſin ont la même proportion, la première ne peut ſortir comme dans le premier cas, & la raiſon en eſt, que ſon grand diamètre ſe trouve ſur le petit du baſſin, & exige par conſéquent le miniſtère de la main.

Le principal objet qu'on doit avoir en vue dans ce cas-ci, eſt de s'aſſurer entiérement de la poſition de la tête de l'enfant, de réfléchir ſur ſa groſſeur & ſur celle du détroit oſſeux par lequel il doit paſſer. C'eſt une attention que j'ai pluſieurs fois recommandée. On ne doit jamais, lorſqu'on touche une femme en travail, retirer la main du vagin, ni s'expliquer ſur la poſition de l'enfant, qu'on ne ſoit pleinement aſſuré de celle-ci & de toutes les autres circonſtances, qui regardent l'Accouchement.

Pour pouvoir diſtinguer à fond les parties que l'on touche, il ne ſuffit pas d'en avoir une connoiſſance ſuperficielle, elle doit être parfaite & fondamentale. Il ne ſuffit pas non plus de ſavoir diſtinguer la tête du bras, & de s'en tenir-là, lorſqu'on s'apperçoit que la première ſe préſente au paſſage, ainſi que le font la plûpart des Sages-femmes; car ſi on l'abandonne à ce point, l'on commettra des fautes inexcuſables & les mépriſes les plus groſſières. On doit connoître au fond toutes les parties qui compoſent le corps de l'enfant, afin de pouvoir les diſtinguer au toucher, & comme l'on dit, *avec les yeux fermés*; car lorſqu'on s'imagine que la tête eſt bien ſituée, parce qu'on ſent ſa rondité & qu'on s'en rapporte à la nature, il ſurvient quelquefois un Accouchement laborieux & dangereux avant qu'on ſoit revenu de ſa mépriſe, ainſi que je l'ai dit fort au long dans le Chapitre, où je traite du toucher. Je vais maintenant indiquer les ſignes auxquels on peut diſtinguer les parties & la poſition de la tête de l'enfant.

On connoît la poſition de la tête de l'enfant, en partie & principalement au crâne, & en partie au viſage; le crâne, à ſa forme ronde, à la dureté des os qui le compoſent, au peu d'épaiſſeur des tégumens qui le couvrent, aux ſutures mem-

braneufes qui lient fes os, & à la fontanelle. On connoît les yeux à leur rotondité & aux orbites dans lefquelles ils font placés ; le nez, à fon éminence, qui eft en partie offeufe & en partie charnue ; la bouche, à fon ouverture tranfverfale, aux lèvres, à la dureté des gencives & à la place qu'elle occupe entre le nez & le menton. Ce dernier, à fon angle obtus & à ce qu'il eft placé entre la bouche & le cou. Les oreilles, à leurs petits lobes, à leur conque extérieure & à leur éminence, qui eft proche des tempes. Lorfqu'on connoît en outre leur forme extérieure, on diftingue, en les touchant, la droite de la gauche, comme je le dirai dans la fuite.

Ce font-là les marques générales auxquelles on connoît les parties qui compofent la tête de l'enfant, & je traiterai de chacune en particulier à chaque Accouchement.

I. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préfente la tête au paffage, le vertex en avant, l'occiput regarde la fymphife de l'os pubis de la mère & la face le facrum, voyez la Pl. XIX. fig. 1., *avec le cordon hors du vagin.*

Lorfque l'enfant fe préfente de cette manière, on regarde cet Accouchement comme le plus naturel & le plus facile, parce que la nature, lorfque toutes les autres circonftances font favorables, le termine fans le fecours de qui que ce foit.

On connoît cette pofition naturelle aux fignes fuivans : 1.° Le ventre de la femme eft rond & uni. 2.° L'orifice de la matrice eft par-tout également rond, *voyez la Pl. VI. fig.* 2, & s'ouvre de plus en plus à chaque accès de douleur.

3.° L'eau forme une poche unie, ronde & dure, *fig.* 3 & 4; mais pour l'ordinaire moins groſſe que celle que forme le ſiège de l'enfant. 4.° Lorſque les eaux percent, il n'en ſort qu'une grande taſſe à thé, & plus rien après, à moins que la longueur du travail les faſſent échapper inſenſiblement. 5.° Dès que les membranes ſont déchirées, on ſent la tête de l'enfant à nu, & on la connoît à ſa rotondité pointue & dure, & aux cheveux dont elle eſt couverte; à la fontanelle qui eſt encore ouverte & tournée du côté de l'os ſacrum; à la ſuture coronale, qui s'étend de chaque côté vers les oreilles; à la ſuture ſagittale, qui s'étend depuis la fontanelle juſqu'à la lambdoïde ou l'occiput, & enfin à cette dernière ſuture. Il faut toucher cette dernière avec beaucoup de précaution, car il arrive quelquefois que l'endroit où la ſuture ſagittale aboutit à la lambdoïde, eſt encore ouvert, & forme une ſeconde fontanelle, laquelle, ſi l'on ne la touchoit que ſuperficiellement & ſans attention, on la confondroit très-aiſément avec la vraie, en s'imaginant que la face eſt ſituée en avant, & on pourroit par conſéquent manœuvrer à contre-ſens. Cette ouverture eſt ordinairement triangulaire, & la ſuture lambdoïde deſcend de deux côtés obliquement, au lieu que la vraie fontanelle a la forme d'une loſange.

En ſixième & ſeptième lieu, la tête de l'enfant s'alonge de plus en plus à meſure qu'elle avance, & dès-lors, la fontanelle & les ſutures diſparoiſſent au point, qu'on ne les ſent plus.

Lorſqu'on apperçoit tous les ſignes dont je viens de parler, on ne doit plus douter de la poſition naturelle de l'enfant, ni de la facilité de l'Accouchement, lors ſur-tout qu'il ne ſurvient aucun accident ni de la part de la mère, ni de celle

de

de l'enfant, & l'on n'a plus autre chose à faire, que ce que j'ai enseigné dans l'endroit où je traite de l'Accouchement naturel.

J'ai ajouté à la figure le cordon ombilical hors du vagin, mais on ne doit pas confondre ce cas avec l'Accouchement naturel, & par conséquent y faire l'attention requise. Ceci concerne les défauts du cordon, sur quoi l'on peut voir ce que j'en dis, pag. 265, à l'égard des Accouchemens laborieux.

II. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le vertex, la face regarde la symphise des os pubis de la mère, & l'occiput le sacrum. Voyez la Pl. XIX. fig. 2.

Les signes de cette position sont presque tous opposés aux précédens, & on la connoît par les suivans: 1.° Les douleurs font avancer plus lentement la tête de l'enfant. 2.° La fontanelle n'est plus du côté de l'os sacrum, mais de celui des os pubis. 3.° Comme les os du crâne, en se rapprochant, ont fermé la fontanelle, & qu'on ne la sent plus, l'on doit couler la main le long de l'os sacrum, pour voir si le visage ou l'occiput ne sont point de ce côté-là. Dans le cas où l'on sent les orbites sous les os pubis, on est encore plus assuré de cette position.

Cet Accouchement est pour l'ordinaire long & laborieux; mais la nature peut cependant le terminer seule. Il est vrai que le visage de l'enfant est un peu contusé & bleuâtre, sur-tout son nez & ses paupières, parce qu'il porte sur les os pubis de la mère; mais on remédie aisément à cet accident, en appliquant dessus du vin chaud.

Quelques-uns veulent, pour prévenir cette contusion, que

l'on coule les doigts entre le visage de l'enfant & les os pubis de la mère, mais la chose est difficile & qui plus est, inutile.

III. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente le vertex, la face tournée du côté de l'os des îles droit de la mère, & le cordon entortillé autour de son cou & de son bras droit. Voyez la Pl. XIX. fig. 3.

Lorsque dans ce cas-ci l'on est appellé à tems chez la femme en travail, on peut non-seulement s'assurer de cette position, mais encore la délivrer promptement & heureusement; mais on ne s'apperçoit pour l'ordinaire de cette position contre-nature, que lorsqu'il est trop tard, & pour lors on trouve les obstacles les plus fâcheux, qu'on puisse rencontrer dans les Accouchemens.

Lorsque le vertex reste engagé dans le détroit supérieur du petit bassin, il suffit de toucher les sutures de la manière que j'ai dit ci-dessus, pour être pleinement convaincu de la position transversale de la tête de l'enfant ; mais comme celle-ci est poussée avec son plus grand diamètre par le plus grand diamètre du détroit supérieur du bassin, & qu'elle ne rencontre par conséquent aucun obstacle à son passage, elle suit très-promptement les eaux & tombe dans la capacité du petit bassin; & ce n'est qu'alors que les obstacles pour le reste de l'Accouchement se manifestent. Ses épaules s'arrêtent alors, l'une sur la saillie de l'os sacrum & l'autre sur la symphise des os pubis; ou au cas qu'elles ne soient point fort larges & qu'elles franchissent aisément ce diamètre antérieur, il peut arriver, vu l'obliquité de la matrice, que son menton s'éloignant trop de

sa poitrine, son front & même son visage se présentent au détroit inférieur du petit bassin; & c'est alors que le plus grand diamètre de la tête de l'enfant répond au plus petit du détroit inférieur du petit bassin. Les signes de ce dernier cas, sont les mêmes que ceux dont j'ai parlé ci-dessus.

Dans le premier cas l'enfant peut vivre quelquefois cinq à six jours, parce que l'obstacle dépend uniquement des épaules, & que sa tête n'est point comprimée; au lieu que dans le second cas, sa tête se trouve non-seulement pressée, mais souvent enclavée.

Lorsqu'on connoît à tems cette position, que la tête de l'enfant est encore placée fort haut, & n'a pas encore franchi le détroit supérieur du petit bassin; ce qu'on peut faire de mieux pour obvier à tous ces désordres, est de placer avec la main droite l'occiput sur l'os des îles droit de la mère, pour que l'enfant présente le dos, & de terminer l'Accouchement par les pieds de la manière que j'ai enseigné dans cet article.

Les Sages-femmes ne font ordinairement appeller des Accoucheurs, que lorsque la tête de l'enfant est tombée dans la cavité du petit bassin, que ses épaules sont engagées, ou sa tête enclavée.

On tâche dans le premier cas d'introduire la main entre la tête de l'enfant & l'os sacrum ou pubis de la mère, ce côté étant le plus commode, pour faire avancer la main le long du petit diamètre de la tête jusqu'à l'épaule arrêtée, & la porter un peu de côté.

Il n'est pas absolument nécessaire d'amener entiérement l'épaule sur le diamètre transversal, il suffit de l'éloigner d'un

pouce de la faillie de l'os facrum, ou de la fymphife des os pubis, afin que les deux épaules fe trouvent fur le diamètre oblique, après quoi on peut abandonner le refte de l'Accouchement à la nature; car fi dans ce cas-ci, le menton de l'enfant n'eft pas trop éloigné de fa poitrine, on ne trouvera pas plus d'obftacle, que dans l'Accouchement naturel.

Dans le cas où l'on ne peut éloigner ainfi les épaules de l'enfant de la faillie de l'os facrum ou de la fymphife des os pubis, on peut faire des effais avec le levier ou une branche du forceps, qu'on introduit jufqu'au deffus de l'épaule, pour la dégager. Si ce manuel ne réuffit point encore, l'on fe fert de tout le forceps, non point comme quelques-uns l'enfeignent, qui eft de pofer une de fes branches fur le vifage & l'autre fur l'occiput de l'enfant, mais on fera coucher la femme fur le côté gauche, les genoux bien élevés. On introduit enfuite les doigts de la main droite, le long de l'oreille de l'enfant, entre celle-ci & l'os pubis, dans l'orifice de la matrice. Si elle eft tellement enclavée, qu'on ne puiffe paffer les doigts entre-deux, on introduit la main gauche entre l'os facrum & la tête de l'enfant, & on l'éleve autant qu'on peut, pour faire place aux doigts, & par conféquent au forceps. On prend enfuite une des branches d'un forceps droit, & on l'introduit de la main droite, en biaifant un peu du côté de la joue & du menton de l'enfant, & en dirigeant le manche vers le périnée, pour que fa pointe fuive la direction de la courbure de l'os facrum. Cela fait, on retire la main gauche, & faifant tenir le manche ferme, on introduit les doigts de la main droite entre la tête de l'enfant & l'os pubis, & de la gauche l'autre branche entre-deux, mais peu à peu, pour ne rien offenfer, en tournant le mieux qu'on pourra le manche du côté du périnée. Après avoir placé les deux branches du

forceps, de façon qu'elles embraſſent la tête de l'enfant, on les croiſe & on les ſerre de la manière ordinaire. Après cela, on tire la tête à ſoi, en la balançant ſur l'une & l'autre oreille. Lorſqu'elle eſt deſcendue au point qu'il faut, on lui fait décrire la ligne courbe, qu'elle décrit naturellement, pour que le front ſe trouve dans la cavité de l'os ſacrum. Lorſque la tête n'avance point aſſez, on lie les deux branches, & comme le viſage de l'enfant eſt alors tourné vers le dos de la mère, on retourne cette dernière ſur ſon dos, & l'on fait faire un demi-tour à l'occiput, ce qui facilite la ſortie de la tête.

Lorſque dans le ſecond cas, le menton de l'enfant eſt extrêmement éloigné de ſa poitrine, le forceps devient abſolument inutile. On prend alors un levier ou une branche du forceps, au travers de laquelle on paſſe un lac, & on l'introduit du côté droit du baſſin juſque ſur l'occiput de l'enfant, de façon, que ſa convexité ſe trouve dans le creux de l'inſtrument. On empoigne enſuite l'extrêmité du levier de la main droite, & on la ſouleve, pendant qu'on tire le lac de la gauche, juſqu'à ce que l'occiput avance, que le menton ſe rapproche de ſa poitrine, & qu'on puiſſe abandonner le reſte à la nature.

Lorſque ce manuel ne réuſſit point, on introduit les doigts de la main gauche dans le vagin juſque ſur le viſage de l'enfant, & on les place de deux côtés de ſon nez. On poſe le pouce ſur le levier, que l'on dirige de la main droite, & on repouſſe de cette manière la face de l'enfant, pendant qu'on tire avec le levier l'occiput à ſoi. *Voyez la Pl. XX. fig. 6.*



IV. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente la face sur le diamètre oblique du détroit supérieur du petit bassin, le dos en avant & le ventre en arrière. Voyez la Pl. XIX. fig. 4.

On connoît que l'enfant présente le visage à l'orifice de la matrice, à sa bouche, à son nez & à ses yeux; mais comme il peut se présenter de la sorte en quatre différens sens; & que chacune de ces positions exige un manuel différent, l'on doit s'en assurer en touchant toutes les parties de son visage, autrement l'on s'expose à ne rien faire qui vaille.

L'Accouchement dans lequel l'enfant présente le visage, est non-seulement dangereux pour lui, mais encore très-laborieux pour sa mère.

Il est dangereux pour l'enfant, parce que la tête étant penchée & portant sur son cou, elle comprime les vaisseaux sanguins au point, que le sang ne pouvant plus circuler, il meurt d'une apoplexie, pour peu que l'on tarde à l'extraire. Dans le cas où il naît vivant, soit par le secours de la nature, soit par le ministère de l'art, il est extrêmement foible, bleuâtre, meurtri & bouffi au visage. Il arrive même assez souvent, qu'une Sage-femme mal-adroite, voulant se servir de ses doigts, lui défigure le visage & la bouche, & offense tellement ses yeux, qu'il naît aveugle, sans qu'on puisse remédier à cet accident.

Ces sortes d'Accouchemens sont extrêmement laborieux pour les femmes, parce qu'il est rare, qu'ils se terminent avec le secours seul de la nature. On peut lui abandonner ceux,

dans lesquels le bassin est fort spacieux & la tête de l'enfant très-petite; lorsque son front ne s'arrête que fort peu sur le bord des os pubis; ce que l'on connoît aux yeux, qui se trouvent presque au milieu du bassin, de même qu'au menton, qui est appuyé sur la saillie de l'os sacrum; lorsque cet obstacle est léger, à cause des circonstances susdites, & n'empêche point l'Accoucheur d'atteindre au menton, il suffit souvent de le soulever un peu, pour que le vertex se présente à l'orifice de la matrice, & pour rendre l'Accouchement naturel, plus prompt & plus favorable, que si on l'avoit abandonné à la nature.

Lorsqu'on ne peut faire reculer le menton, on avance les doigts sous sa poitrine, & on la souleve le plus que l'on peut, pendant qu'on baisse la tête avec l'autre main appliquée extérieurement au-dessus du pénil; au moyen de quoi la tête se porte, si ce n'est pas totalement, du moins en partie, dans sa situation naturelle, & s'engage dans l'orifice de la matrice.

Lorsque la tête de l'enfant est si fortement engagée dans la cavité du petit bassin, qu'elle oppose un nouvel obstacle, à cause que le front s'étant avancé, son sommet s'arrête contre l'arcade des os pubis, l'on introduit les doigts de la main gauche dans l'orifice de la matrice, & l'on coule tout le long un levier à côté de la tête, & delà sur l'occiput, pour faire tomber ce dernier dans sa cavité. On baisse de la main droite l'occiput avec le levier, en même-tems qu'on repousse le menton de la gauche, en soutenant l'instrument avec le pouce de cette dernière, pour ne point blesser l'urètre. *Voyez la Pl. XX. fig.* 6. En agissant de la sorte, on a non-seulement l'avantage de placer la tête de l'enfant dans une position naturelle, & de terminer promptement l'Accouchement, mais encore d'empêcher, lorsqu'il sort sur son visage, qu'il ne déchire le périnée de sa mère.

On emploie la même manœuvre, lorsque le menton de l'enfant s'arrête sur la symphise des os pubis, & son front sur la saillie de l'os sacrum; mais avec cette différence, qu'on place la femme le corps appuyé sur ses coudes & ses genoux, jusqu'à ce que la tête se présente comme il faut; après quoi on laisse agir la nature, & l'on fait remettre la femme sur le dos.

Si l'enfant est situé de manière qu'il ait le front du côté de l'un des os des îles & le menton de l'autre, on ne doit point s'en rapporter à la nature, mais soulever son visage, avec la paume de la main, au-dessus de l'os des îles, vers lequel son front est tourné, jusqu'à ce qu'il présente la poitrine à l'orifice de la matrice, & continuer comme je l'ai enseigné, en parlant de ces sortes de positions. On se sert de la main droite, lorsque le front est tourné du côté de l'os des îles droit, & de la gauche, lorsqu'il est tourné du côté opposé.

Lorsque la tête de l'enfant est une fois engagée dans la cavité du petit bassin, il est inutile de la soulever, & l'on ne peut plus l'extraire par les pieds. On doit dans ce cas se conduire comme dans le précédent; mais comme ses épaules peuvent s'arrêter sur la saillie de l'os sacrum & la symphise des os pubis, l'on est quelquefois obligé de couler & d'avancer la main le long de son oreille, pour pouvoir atteindre à son épaule, la pousser de côté & l'amener sur le diamètre oblique. On pourroit encore dans ce cas-ci, mais en agissant avec prudence, introduire l'index & le doigt du milieu dans la bouche de l'enfant, & profiter d'une douleur expulsive que la femme fait valoir, pour faciliter la sortie de la tête.

Lorsque la tête de l'enfant suit la route ordinaire, son menton repose sur sa poitrine, jusqu'à ce que la partie inférieure de l'occiput soit appuyée contre le bo rd supérieur de l'arcade des os pubis,

pubis, ou contre le périnée, lorſque ſa face eſt tournée en haut, & en ſuivant de cette manière l'axe du baſſin, le plus grand diamètre de ſa tête franchit celui du baſſin; & c'eſt ainſi que ſon menton ne s'éloigne de ſa poitrine, qu'après que ſa tête eſt entiérement ſous l'arcade des os pubis. Il arrive le contraire, lorſque l'enfant préſente le viſage; car pour lors ſa tête s'avance par ſon grand diamètre ſur le petit du baſſin.

V. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente le côté droit de ſa tête, le vertex tourné vers l'os des îles gauche de ſa mère, & l'épaule vers le droit. Voyez la fig. 5. de la Pl. XIX.

On connoît cette poſition de la tête à l'oreille droite, qui ſe préſente en même tems à l'orifice de la matrice. Il ſuffit de connoître la configuration extérieure de cette dernière partie, pour s'aſſurer par le toucher de la poſition de toute la tête. On ſait, par exemple, que l'oreille a la forme d'une coquille, dont la partie la plus grande & la plus ſaillante eſt au haut, & la plus petite en bas, la rondeur près de la tête, la cavité un peu en dehors & le lobe, qui eſt petit & lâche, au-deſſous.

Un enfant qui préſente l'oreille, peut avoir huit poſitions différentes, ſavoir, quatre pour chaque oreille: elles exigent toutes qu'on extraie l'enfant par les pieds, à moins, comme je l'ai dit pluſieurs fois, qu'il ne ſoit extrêmement petit & le baſſin ſpacieux.

On introduit, dans ce cas-ci, la main gauche dans la matrice, & la plaçant ſous ſon oreille, on ſouleve ſa tête au-deſſus de

l'os des îles gauche autant qu'il le faut, pour qu'il présente l'épaule droite. On extrait ensuite son bras droit, & l'on se conduit pour le reste comme dans le cas où il présente le bras.

Si la tête est engagée en partie dans le détroit supérieur du petit bassin, & qu'on ne puisse la conduire sur l'os des îles, on attache de la main gauche un lac au pied de l'enfant, avec lequel on le tire d'une main, pendant qu'on souleve la tête de l'autre. *Voyez la Pl. XV. fig.* 5.

Si la tête de l'enfant, pour avoir négligé de le retourner à tems, se trouve entiérement dans la cavité du petit bassin, on prend un levier, & on s'en sert de même que dans le cas précédent.

VI. ACCOUCHEMENT.

L'enfant présente l'occiput, le vertex regarde le côté droit de l'os des îles droit de la mère & la nuque le côté gauche. Voyez la fig. 6. de la Pl. XIX.

Les signes qui indiquent que l'enfant présente l'occiput au passage, sont en général trompeurs. On s'imagine quelquefois que c'est le vertex qui se présente, parce qu'on sent une partie ronde, dure & unie; mais en la touchant plus attentivement, on la distingue à sa largeur, à sa dureté & à sa rotondité; à l'éloignement de la fontanelle, & en touchant les parties voisines, savoir, les oreilles, le cou, le dos, &c.

L'occiput peut, de même que les autres parties de la tête, avoir quatre positions différentes. Celle qu'on voit ici ou une toute opposée; le vertex peut aussi être en avant ou en arrière.

On peut abandonner les deux derniers cas à la nature, lorf-

qu'on ne voit aucun obſtacle ni du côté de la mère, ni de celui de l'enfant; & ſi l'on en rencontre, il faut le ſurmonter avec le ſecours du levier & du forceps.

Les deux premiers cas exigent qu'on ſouleve l'occiput, & qu'on retourne l'enfant ſur ſon dos; on ſe conduit enſuite de même que dans le cas où il ſe préſente ſur le dos.

VII. ACCOUCHEMENT.

L'enfant préſente la nuque & une partie de l'occiput, le vertex regarde l'os des îles droit de la mère, ſes pieds ſont placés ſur ſes épaules, & ſe préſentent en même tems au paſſage. Voyez la Pl. XVIII. fig. 3.

Il eſt rare que l'enfant prenne lui-même cette poſition; elle provient pour l'ordinaire de la mal-adreſſe des Sages-femmes, qui, après l'avoir repouſſé pour chercher les pieds, ſans avoir examiné ſa poſition, les extraient à côté de ſa tête.

Lorſque l'enfant eſt dans une pareille poſition, l'on ne doit ni l'extraire par les pieds, ni ſoulever ſa tête, non-ſeulement parce que ſes pieds s'y oppoſent, mais encore parce que ſa tête, par les fréquens tiraillemens que les pieds éprouvent, eſſuie une eſpèce d'enclavement dans le détroit ſupérieur du petit baſſin; ce qui eſt cauſe que ſon corps forme une eſpèce de peloton. On doit, en pareil cas, commencer par ſoulever le pied, qui eſt du côté de l'os pubis de la mère, faire un peu avancer de la main droite ſa tête ſur l'os des îles droit, & extraire ſon bras gauche, pour atteindre plus aiſément au pied gauche. Lorſqu'on ne le peut pas, à cauſe de la contraction violente

de la matrice, l'on attache de la main gauche un lac au pied gauche de l'enfant, que l'on tire de la main droite, pendant qu'on place le pouce ſur ſon omoplate droite, l'index ſur ſon épaule & les autres doigts ſous ſes aiſſelles, pour faire avancer le dos, & placer l'enfant ſur le côté. Après avoir ainſi amené la jambe gauche dans la cavité du petit baſſin, l'on coule les doigts de la main gauche le long & en dedans de cette même jambe, pour chercher l'autre, l'extraire & la placer à côté de la première. On les empoigne alors toutes les deux, le pouce ſous le jarret, & on les tire, en approchant les genoux de l'os des îles droit, pour écarter les feſſes du gauche; après quoi on termine l'Accouchement comme j'ai dit ci-deſſus.

On rencontre ſouvent de très-grandes difficultés dans cet Accouchement; & c'eſt pourquoi que l'on doit prendre garde, en ſoulevant & repouſſant une tête mal-ſituée, de ne point tirer les pieds par-deſſus les épaules de l'enfant. Le même cas arrive, lorſqu'on a l'imprudence de tirer les pieds le long de ſon dos par-deſſus ſes épaules.

CHAPITRE XV.

Des inſtrumens dont on ſe ſert aujourd'hui dans les Accouchemens.

L'Impoſſibilité dans laquelle l'on eſt d'extraire un enfant avec les mains, & les accidens effrayans auxquels les Accouchemens ſont ſujets, ont engagé depuis long-tems les Accoucheurs, qui s'intéreſſoient à l'humanité, à inventer différens inſtrumens, propres à ſeconder les opérations de la nature,

lorſque les moyens & les manuels, dont j'ai parlé ci-deſſus, ne ſuffiſent pas; mais c'eſt juſtement à cet égard, que la paſſion pour des nouvelles inventions a le plus trébuché. Le nombre des inſtrumens pour les Accouchemens s'eſt extrêmement accru; mais on a reconnu avec le tems, que leur uſage eſt non-ſeulement dangereux, mais encore inutile, & qu'il eſt même impoſſible de s'en ſervir dans certains cas; & delà vient qu'ils ont inſpiré dans la ſuite plus d'horreur, qu'ils n'ont procuré de l'honneur à ceux qui les ont inventés.

Je ne dirai rien ici de ces différens inſtrumens, vu que M. Cranz en a donné la deſcription dans une Diſſertation imprimée à Nuremberg, intitulée: *De re inſtrumentaria in arte obſtetricia*, 1757. *in*-4. J'indiquerai en peu de mots les cas dans leſquels on emploie les principaux inſtrumens, de même que la manière dont on doit s'en ſervir.

La même cauſe qui rend un Accouchement laborieux, lorſque l'enfant préſente la tête, peut dans certains cas faire naître des obſtacles que la nature ne peut ſurmonter ſans un danger imminent pour la mère & pour ſon enfant, à moins que l'art & les inſtrumens qu'il emploie, ne viennent à ſon ſecours.

Les inſtrumens dont on ſe ſert dans les Accouchemens, agiſſent de même que les mains, & on les emploie, lorſqu'on ne peut les terminer avec le ſecours de ces dernières.

L'uſage de ces inſtrumens exige beaucoup de connoiſſance, d'expérience, de jugement & une déciſion juſte, pour les appliquer. Lorſqu'on eſt une fois décidé à s'en ſervir, l'on ne doit plus héſiter, ni paſſer promptement de l'un à l'autre; ce qui eſt pour l'ordinaire nuiſible à la mère & à l'enfant, parce que dans cet intervalle, l'occaſion favorable dans laquelle on au-

roit pu terminer l'Accouchement, disparoît. Il est vrai que la nature opère souvent des prodiges, mais lorsqu'on s'en rapporte trop à elle, l'on éprouve souvent que la trop grande circonspection est suivie d'un déplaisir; car la conservation de la mère & de son enfant dépend souvent d'un moment de tems; une perte de sang violente, des convulsions, &c. emportent subitement la mère; un enclavement fait périr l'enfant, & l'application trop tardive de l'instrument détruit en outre la réputation de l'Accoucheur le plus expérimenté.

Les Sages-femmes doivent être très-attentives lorsqu'elles remarquent, que les eaux se sont écoulées depuis long-tems, que les douleurs commencent à diminuer, que la tête de l'enfant s'arrête, que la femme tombe en foiblesse, &c. & que tous secours sont inutiles, de demander un Accoucheur à tems, d'instruire le mari ou les parens de la femme du danger dont elle est menacée; elles doivent exhorter celle-ci peu à peu & de loin, sans l'épouvanter, à se soumettre au conseil & à l'administration de l'Accoucheur, en lui faisant sentir que sa conscience l'oblige à supporter patiemment une douleur passagère, puisqu'elle peut espérer de voir naître son enfant vivant. C'est de ces circonstances que dépendent le bon ou le mauvais succès des instrumens dont on se sert dans les Accouchemens.

Les instrumens, propres aux Accouchemens, sont émoussés ou pointus, & comme les mains méritent la préférence sur les instrumens obtus, de même ceux-ci la méritent-ils sur les pointus.

On compte parmi les instrumens émoussés, le levier de Rechberger, perfectionné par Roselt, ou celui de Baudelocque; le forceps de Levret & le crochet émoussé de Camper ou de Smellie.

Le perforatoire de Smellie & ses crochets, sont du nombre des instrumens pointus. On emploie les tranchans pour l'opération césarienne & la section de la symphise des os pubis.

ARTICLE I.

Du levier & de son usage.

Tous les Accoucheurs conviennent que le levier concave & fenêtré est d'une grande utilité dans l'Accouchement, lorsqu'il est dirigé par une main adroite & expérimentée; mais il est aussi constaté par l'expérience journalière, qu'il cause beaucoup de mal, lorsqu'il tombe dans de mauvaises mains, & qu'on s'en sert lorsque la tête de l'enfant n'est point enclavée. Il nuit à l'enfant dans ce dernier cas, parce qu'on lui fait prendre une position oblique, lors sur-tout qu'on ne sait pas s'en servir; & à la mère en ce que le point d'appui comprime si fort les os pubis, qu'il occasionne souvent des contusions, l'inflammation, la gangrène, une rétention ou écoulement involontaire de l'urine, & le déchirement du périnée, qui sont des accidens auxquels l'on ne sauroit trop obvier.

Tous les Accoucheurs connoissent le méchanisme du levier; je me dispenserai d'en donner la description & je me bornerai à enseigner son usage & à indiquer les cas dans lesquels l'on doit s'en servir.

On doit l'employer toutes les fois que la tête de l'enfant se trouve enclavée, soit que sa position soit bonne ou mauvaise, & que les douleurs ne peuvent la faire avancer, parce que cette partie est fort grosse & le bassin petit, & qu'elle est si enfoncée dans ce dernier, qu'on ne peut la soulever pour retourner l'enfant & l'extraire par les pieds.

On doit s'en fervir encore, lorfque tout le corps de l'enfant étant forti, on ne peut extraire fa tête avec les mains, comme auffi lorfqu'elle fe détache du corps & qu'elle s'arrête dans la matrice ou dans le vagin.

Lorfque l'enfant préfentant la tête, celle-ci ne fe trouve point enclavée, mais fi enfoncée dans le petit baffin, qu'on ne peut le retourner à caufe du refferrement de la matrice, qui empêche de la foulever.

Lorfque les douleurs ceffent totalement, & que la femme eft menacée d'accidens qui peuvent lui caufer la mort, tels qu'une hémorrhagie, les foibleffes, l'apoplexie, les convulfions, &c.

Lorfque le cordon ombilical s'eft entortillé autour du cou ou de quelqu'autre partie du corps de l'enfant, ou qu'étant naturellement trop court, il empêche fa fortie.

Lorfque les épaules de l'enfant s'arrêtent fur la faillie de l'os facrum & fur les os pubis; enfin dans tous les cas où l'on ne peut fe fervir des mains.

Pour appliquer le levier, on doit placer la femme, comme on le voit, *fig.* 2 *de la Pl. VII.*

On introduit l'index & le doigt du milieu de la main gauche, & même, en cas de befoin, toute la main bien graiffée, dans le vagin & l'orifice de la matrice, & on les place fi haut qu'on peut fur la tête de l'enfant fous la fymphife des os pubis. On gliffe fous ces doigts la partie convexe du levier, après l'avoir bien graiffé de ce côté, & on place fa partie concave fur la tête, de manière, que l'extrêmité inférieure du manche foit pofée contre l'anus de la femme.

Après

Après s'être aſſuré que le levier eſt dans la matrice & poſé à nu ſur la tête de l'enfant, ſans que la matrice ſoit pincée entre-deux, on remplit le reſte de la vulve & le vagin d'un morceau d'éponge trempé dans de l'huile. On ſouleve enſuite la branche du levier, & on le pouſſe doucement ſur la tête de l'enfant, juſqu'à que l'occiput tombe dans la cavité de cet inſtrument.

On prend enſuite de la main droite le manche ou l'extrêmité inférieure du levier, de manière, que la paume de la main ſoit tournée en bas; on le ſouleve en tirant, & du premier coup la tête avance, pour l'ordinaire, plus avant dans la capacité du petit baſſin, d'autant plus que ce manuel eſt ſecondé par les douleurs, qui pour lors ſont plus fortes. Plus la tête avance au paſſage, plus on doit lever la branche inférieure du levier, juſqu'à ce qu'elle ſoit entiérement ſortie; mais cela n'eſt cependant pas une regle générale, car lorſqu'on voit, que tous les ſymptomes, pour leſquels on ſe ſert du levier, ceſſent, que les douleurs deviennent très-expulſives, & qu'en outre la femme peut les faire valoir, il ſuffit de dégager la tête, & on peut abandonner le reſte à la nature. Si l'on eſt obligé de la faire ſortir totalement avec le levier, on doit procéder lentement & par gradation, de crainte de déchirer le périnée.

Pour ne point offenſer l'urètre & les autres parties voiſines, on doit, indépendamment du morceau d'éponge dont j'ai parlé, appuyer le pouce de la main gauche ſur le manche du levier pour diminuer ſa preſſion ſur ces parties, ou paſſer un lac dans la partie fenêtrée de l'inſtrument; ce qui non-ſeulement ſatisfait au même objet, mais augmente en même tems la force expultrice de l'inſtrument. *Voyez la Pl. XX. fig.* 4, 5 *&* 6.

On doit agir de même dans tous les autres cas ci-mention-

nés, par exemple, dans les poſitions obliques de la tête; &c. mais on obſervera que plus cette partie remplit la capacité du petit baſſin, plus l'effet de cet inſtrument eſt certain.

ARTICLE II.

De l'uſage du forceps.

Outre les cas dont j'ai parlé à l'occaſion du levier, il y en a d'autres qui obligent de ſe ſervir du forceps, lors, par exemple, que la tête de l'enfant eſt trop groſſe à proportion du baſſin de ſa mère; qu'elle eſt affectée d'une hydrocéphale; que la matrice eſt déchirée ou affectée d'une inflammation, ou qu'une maladie de poitrine empêche la femme de faire valoir ſes douleurs &c. On peut en général dans les cas urgens, terminer plus promptement l'Accouchement avec le forceps, qu'avec le levier.

Pour appliquer le forceps, on doit ſe conduire de la manière ſuivante: ſuppoſé que la tête de l'enfant ſoit enclavée & dans la poſition la plus favorable & la plus naturelle (j'ai parlé des ſignes qui indiquent l'enclavement de cette partie, dans le Chapitre des Accouchemens laborieux) on introduit d'abord deux doigts de la main droite ſous le bord latéral & inférieur gauche de l'orifice de la matrice, ſuppoſé qu'on puiſſe y atteindre, ſi non, le plus haut qu'il eſt poſſible ſur & à côté de la tête de l'enfant; & de la main gauche on inſinue la branche mâle ou celle qui porte le pivot, le long de la première, juſqu'à ce que ſa partie arrondie ou convexe ſe trouve dans ſa paume, *voyez la Pl. XX. fig.* 1, & l'on continue ainſi à la pouſſer plus haut, juſqu'à qu'elle ſoit placée entre la tête de l'enfant & la main, afin que ſon extrêmité ſe trouve aux environs & même au-delà de l'angle de la mâchoire inférieure & près ou ſur les joues, comme on le voit, *Pl. XX. fig.* 2, 4 *&* 5. Il faut que la cuillier

exerce sa plus grande force sur la tête de l'enfant, & non sur le vagin ou l'orifice de la matrice de sa mère; & si cette dernière pousse un cri, c'est un signe qu'on comprime ce dernier. On retire alors un peu la branche de l'instrument, & on tâche de l'insinuer de nouveau entre la tête de l'enfant & l'orifice de la matrice. On dirige cette branche du côté de la lèvre gauche de la vulve, & on la fait tenir par une aide.

Cela fait, on introduit les doigts de l'autre main dans le vagin, entre la tête & le côté droit du bassin, pour guider la cuillier ou la branche femelle, qu'on insinue avec la droite. A mesure qu'elle pénètre, on abaisse convenablement l'extrêmité inférieure, & on l'écarte de la cuisse gauche de la femme, de manière, que l'ouverture de cette branche puisse recevoir convenablement le pivot de la première.

On serre alors ces deux branches, &on les fixe dans cet état, en faisant faire un demi-tour au pivot. On saisit ensuite le forceps des deux mains, les dos decelles-ci tournés en haut, la main gauche placée au-dessus de la jonction des branches près de la vulve de la femme& la droite à son extrêmité, ainsi qu'on le voit, *fig.* 2. Cette position prise, on serre les branches , prenant garde de ne point pincer la peau ni les poils de la vulve, pour éviter les douleurs qu'on pourroit causer par cette mal-adresse. On tire alors à soi très-doucement & sans violence, pour aider simplement la nature & seconder les douleurs expulsives, en vacillant & portant l'extrêmité du forceps vers l'une & l'autre cuisse de la femme, pour dégager insensiblement la tête enclavée & l'extraire, non pas d'un seul coup, mais par intervalles, non-seulement pour prévenir le déchirement du périnée, mais afin que la matrice ait le tems de se contracter, la femme celui de respirer & d'empêcher que son courage ne succombe. On releve ensuite l'extrêmité inférieure du forceps par gradation vers le ven-

tre de la femme, à meſure que la tête de l'enfant avance, pour lui faire décrire, comme dans l'Accouchement naturel, une ligne courbe, c'eſt-à-dire, celle de l'axe du baſſin. Quand elle eſt deſcendue au point de diſtendre le périnée, on ſoutient celui-ci d'une main, pour empêcher qu'il ne ſe déchire, pendant qu'on tire de l'autre l'inſtrument. Après que la tête eſt ſortie, on retire le forceps, & l'on termine l'Accouchement avec les mains.

On doit avoir l'attention d'introduire le forceps auſſi avant qu'il le faut, pour ſaiſir entiérement la tête. Il eſt vrai qu'on peut y faire quelques contuſions, mais elles ſont ſi légères, qu'il ſuffit d'appliquer deſſus une compreſſe trempée dans du vin pour les guérir. Il n'en eſt pas de même, lorſqu'on ne la ſaiſit pas bien, parce que le forceps peut alors gliſſer ſur les tempes, & les enfoncer, ou du moins y faire une contuſion.

On n'éprouve cependant pas toujours le même ſuccès dans ces ſortes d'Accouchemens; il ſe préſente ſouvent des cas, dans leſquels l'Accoucheur le plus expérimenté ne peut venir à bout de les terminer ni avec le forceps, ni avec le levier, de ſorte qu'il ne lui reſte d'autre reſſource, que de perforer la tête de l'enfant, & d'enlever le cerveau. J'en parlerai plus amplement dans le Volume ſuivant, qui regarde uniquement les Accouchemens qui doivent être terminés avec les inſtrumens.

ARTICLE III.

De l'uſage du crochet émouſſé.

Parmi les crochets qu'on emploie dans les Accouchemens, celui à tige & à manche droit, eſt le plus commode dont on puiſſe ſe ſervir, les autres eſpèces, & ſur-tout le double, ne valent rien; & il y a même des cas, dans leſquels il eſt impoſſible de l'appliquer.

On emploie le crochet émoussé, lorsque les fesses de l'enfant se trouvent enclavées, & qu'on ne peut les extraire, ni avec les mains, ni avec le forceps. Le cas est plus rare qu'on s'en serve pour extraire l'épaule enclavée.

Lorsque les fesses de l'enfant se présentent assez avant pour pouvoir y atteindre avec la main, & qu'on ne peut les extraire, on introduit quelques doigts dans le vagin, le long desquels on coule un crochet de biais sur la hanche de l'enfant, jusqu'à ce que sa courbure se trouve dans son aîne, & l'on profite du tems que la femme fait valoir ses douleurs, pour le tirer par gradation, en prenant garde autant qu'on le peut, de ne point déchirer le périnée. Lorsque les fesses sont assez avancées pour pouvoir placer l'index des deux mains dans les aînes, on retire le crochet & l'on continue d'agir, ainsi que j'ai dit qu'on doit le faire, lorsque l'enfant se présente en double. *Voyez la Pl. XII. fig.* 4.

Lorsque les fesses de l'enfant sont enclavées au point, qu'on ne peut les extraire avec un seul crochet, on en introduit un second de l'autre côté, & de la même manière que j'ai dit ci-dessus, & les tirant tous les deux alternativement, on termine l'Accouchement.

On extrait de même les épaules lorsqu'elles s'arrêtent, après que la tête de l'enfant est sortie, & qu'on ne peut le faire avec les doigts.

On peut aussi se servir du crochet émoussé pour extraire un bras ou une jambe, lorsqu'on ne peut y atteindre avec la main. Les autres cas, dans lesquels cet instrument est convenable, regardent les enfans morts, comme on va le voir dans le Chapitre suivant.

CHAPITRE V.

De la manière d'ouvrir le crâne pour le vuider & le diminuer.

LOrſque la groſſeur de la tête de l'enfant ſurpaſſe tellement les dimenſions du baſſin de la mère, qu'on ne peut la faire avancer ni avec la main, ni avec les lacs, ni avec le forceps, ni avec le levier; qu'on ne peut ſe ſervir du forceps, à cauſe que le baſſin eſt trop étroit, ou que les parties naturelles de la mère ſont enflammées au point qu'on courroit riſque, en l'employant, de les déchirer, il ne reſte d'autre reſſource que de vuider le crâne de l'enfant, & ſi ce dernier eſt vivant, employer la ſection de la ſymphiſe des os pubis, ou l'opération céſarienne.

Si la mère eſt en état de ſupporter l'une ou l'autre de ces opérations, ſi l'enfant eſt encore vivant, que doit-on faire? c'eſt à l'Accoucheur à répondre à cette queſtion, ce qu'il ne fait qu'en tremblant. Doit-on ſacrifier la mère à ſon enfant ou celui-ci a ſa mère? L'opération céſarienne eſt ſûre pour l'enfant, incertaine & très-dangereuſe pour la mère. On tue infailliblement l'enfant, en lui enlevant les cerveaux, & l'on ſauve la mère par cette horrible opération. Si l'on abandonne le cas à la nature, la mère meurt infailliblement, mais à petit feu, & il eſt rare que l'enfant lui ſurvive.

Je laiſſe aux Théologiens, aux Juriſconſultes & aux Moraliſtes à décider ce cas. Un Accoucheur qui a l'ame droite, ne plongera jamais un fer homicide dans le corps d'un enfant

vivant, mais il emploiera avec intrépidité l'opération céſarienne ou la ſection de la ſymphiſe du pubis, lorſque la mère & ſon enfant ſont encore vivans, & que tous les autres moyens lui ont été inutiles.

On ne vuide le crâne que dans le cas où l'enfant eſt mort, & que ſa tête, s'étant ſéparée du tronc, eſt trop groſſe, pour pouvoir l'extraire autrement.

Lorſqu'on a des preuves certaines de la mort de l'enfant, on ne doit plus héſiter de lui enlever le cerveau. Le perce-crâne ou les ciſeaux de Smellie, eſt celui qui me paroît le plus propre pour cette opération. On coule cet inſtrument le long des doigts de la main gauche, qu'on a introduits juſque ſur la fontanelle, ou ſur une des ſutures du crâne, & on l'enfonce par la pointe juſqu'au bouton. On ouvre enſuite les ciſeaux, & on dilate la plaie autant qu'on le juge néceſſaire. On enleve le cerveau & les fragmens d'os, au moyen de quoi, la tête ſe trouve beaucoup diminuée. Cette pratique eſt ſimple & réduit tous les inſtrumens, dont on a beſoin, à une paire de ciſeaux, dont un Accoucheur doit être muni, pour couper le cordon ombilical.

Il y a différentes manières d'ouvrir le crâne pour extraire enſuite la tête avec le crochet, & l'on a inventé pour cet effet pluſieurs inſtrumens, dont on peut aiſément ſe paſſer. Une ſimple paire de ciſeaux & enſuite les doigts pour enlever le cerveau & les os pariétaux, ſuffiſent. La choſe eſt plus facile qu'on ne ſe l'imagine, de ſorte qu'on peut ſe paſſer de tous les autres inſtrumens. Les ciſeaux de Smellie & le crochet émouſſé à ſimple tige, ſont les ſeuls dont un Accoucheur ait beſoin, & il peut s'en ſervir dans tous les cas ſemblables.

Si après avoir ainſi évacué le crâne, & par conſéquent di-

minué la tête de l'enfant, l'on s'apperçoit que le forceps & le levier ne produisent pas leur effet, faute d'appui, on se servira alors du crochet, comme aussi lorsque la tête s'est séparée du tronc, & que ce dernier reste dans la matrice, & qu'on ne peut l'extraire ni avec les mains, ni avec le forceps. Il en est de même lorsque deux enfans sont collés ensemble, & qu'on ne peut les extraire sans les mutiler.

Voici les regles qu'on doit observer lorsqu'on se sert du crochet: 1.° On doit faire prendre à la femme la même position, que dans l'Accouchement contre-nature. 2.° Cacher à ceux qui sont présens & sur-tout à la femme, les instrumens dont on se sert. 3.° Introduire, après avoir diminué la tête, les doigts aussi avant qu'on le peut dans le vagin, entre la tête de l'enfant & la matrice, couler ensuite le crochet, en tournant la pointe du côté de la tête, entre celle-ci & la main, & l'enfoncer dans l'endroit où les doigts sont placés. Cela fait, on retire la main hors du vagin, & on empoigne avec celle-ci le manche du crochet. On introduit la main gauche dans le vagin de l'autre côté de la tête & si haut, qu'elle soit de niveau avec la pointe du crochet. On tire ensuite avec la main droite le crochet, en appuyant toujours la gauche contre la tête de l'enfant, pour voir si elle suit, & si le crochet ne glisse point en déchirant, afin d'empêcher, lorsque cela arrive, qu'il ne blesse la mère, en le dirigeant sur la main qu'on a introduite. Lorsque le visage se présente, on peut enfoncer le crochet dans l'orbite &c. Lorsqu'on emploie deux crochets, on doit placer le second à l'oppposite du premier & l'enfoncer de la même manière.

Il arrive quelquefois, que la tête, après qu'on l'a rapetissée, reste encore tellement enclavée dans le bassin, quoique ce dernier soit naturellement spacieux & bien conformé, qu'on a

toutes

toutes les peines du monde à l'en tirer, & que les contusions que l'on cause aux parties internes de la femme, sont suivies d'une fièvre violente, d'une inflammation, d'une gangrène & de la mort. Pour prévenir tous ces accidens, on doit agir très-prudemment avec ces instrumens & les bien conduire, en ne formant jamais d'autre appui, que sur la tête de l'enfant, & sur la main qui est dans le vagin.

CHAPITRE VI.

De la manière de diminuer le volume de la poitrine d'un enfant.

LOrsqu'un gros enfant vient à mourir avant que de naître, & s'engage si avant par la poitrine ou le dos dans la cavité du petit bassin, que l'on ne peut atteindre à ses pieds pour le retourner & l'extraire, on doit le rapetisser, en lui enlevant les entrailles.

Il est rare que l'on pratique cette opération, si ce n'est dans les cas où l'on est assuré que l'enfant est mort, & qu'on ne peut le retourner; qu'il est contrefait, qu'il y a deux jumeaux collés ensemble; car lorsque l'enfant est vivant, l'on peut quelquefois l'extraire par le moyen de l'opération césarienne, sans lui ôter la vie.

Comme ce cas-ci est de la plus grande conséquence, & que l'enfant peut vivre long-tems dans cette position, on doit, avant d'en venir à cet teopération, se rappeller les signes que j'ai indiqués, pour distinguer s'il est vivant ou mort.

Voici la manière dont on vuide la poitrine avec le perfora-

tif: on introduit la main gauche par le vagin jufqu'à l'endroit de la poitrine, qu'on veut percer, & c'eft à côté & joignant le fternum qu'on peut perforer le plus aifément les côtes. On conduit alors l'inftrument de la main droite le long des doigts de la gauche, jufqu'à qu'on découvre l'endroit où l'on a pofé les doigts, en agiffant avec circonfpection, afin que la pointe n'échappe point aux doigts. Lorfqu'on eft affuré, que la pointe de l'inftrument fe trouve placée fur la poitrine & les côtes de l'enfant, on le plonge entre les côtes dans la poitrine, & en ouvrant les cifeaux, on dilate l'incifion le plus que l'on peut. On en fait une feconde un peu plus bas; après quoi, retirant les cifeaux & la main gauche hors du vagin, on introduit la droite entre les deux incifions, pour rompre & détacher les côtes & les extraire. Lorfqu'on s'eft frayé une ouverture fuffifante pour y paffer la main, on introduit cette dernière dans la cavité de la poitrine, pour en tirer les vifcères. On perce le diaphragme avec les doigts, ou fi cela ne fe peut, avec les cifeaux, & l'on extrait ceux du bas-ventre.

Après avoir ainfi diminué la capacité de la poitrine, on a affez de place pour trouver les pieds de l'enfant, le retourner & l'extraire avec facilité.

Lorfque l'enfant a un ou les deux bras fort enflés & placés à côté de la poitrine, & qu'ils empêchent de le retourner, il faut avant de venir à l'opération dont je viens de parler, les tordre dans l'articulation de l'épaule, de la manière que j'ai dit ci-devant.



CHAPITRE VII.

De la manière d'extraire la tête de l'enfant séparée du tronc & retenue dans le sein de la mère.

LA tête d'un enfant ne se sépare jamais du tronc, que par imprudence, par mal-adresse, ou lorsqu'un bon Accoucheur étant appellé trop tard, ne peut faire le moindre effort sans qu'elle se sépare, à cause de ceux qu'on a employés avant son arrivée. Cet accident a lieu: 1.° lorsque l'enfant a la tête fort grosse, ou que le bassin de la mère est étroit, & qu'après l'avoir retourné, on tire son corps avec trop de force. 2.° Lorsque la tête, sans être trop grosse, se sépare des vertèbres du cou, par un effet de la corruption qui s'en est emparée. 3.° Lorsque l'enfant est dans une position contre-nature, je veux dire, qu'ayant le visage tourné en avant, son menton s'arrête sur le bord des os púbis. 4.° Qu'on tire avec violence la tête de l'enfant le long du petit diamètre de l'entrée du petit bassin, les bras placés sur ses côtés. 5.° Qu'ayant extrait les deux bras, le cou de l'enfant s'enclave dans l'orifice de la matrice, & qu'on s'efforce de l'extraire. 6.° Cette séparation de la tête peut enfin avoir lieu, lorsque ne, voulant point s'en rapporter à la nature, & en vouloir savoir plus qu'elle, on veut extraire l'enfant précipitamment; il arrive delà que les parties qui doivent être passives dans l'Accouchement, deviennent actives & agissent avec beaucoup de force sur l'enfant, l'étranglent en lui serrant le cou.

J'ai enseigné fort au long dans le Chapitre sur l'Accouchement par les pieds, comment on doit se conduire, pour pré-

venir le décollement de l'enfant; celui-ci n'a rapport qu'à la manière d'extraire une tête féparée du tronc.

La tête de l'enfant, après s'être féparée de fon tronc, peut encore être totalement enfermée dans la cavité de la matrice, ou fi fort avancée, qu'elle occupe la capacité du petit baffin. Elle peut être tout-à-fait ou en partie féparée des vertèbres du cou; & ce dernier cas eft plus ordinaire que le premier: on connoît toutes ces circonftances par le toucher.

Les Auteurs ne font point d'accord fur la conduite que l'Accoucheur doit tenir dans un pareil cas. Les uns veulent qu'on laiffe à la nature le foin d'expulfer la tête, les autres, plus prudens, exigent au contraire qu'on obferve les regles fuivantes.

Lorfque la tête décollée de l'enfant fe trouve dans la matrice, les douleurs les plus violentes ne fauroient la faire avancer, tant que fon grand diamètre s'arrête fur le petit du détroit fupérieur du petit baffin, parce qu'elle ne prend point une figure conique en préfentant le vertex, ainfi qu'elle fait, lorfqu'elle eft dans fa pofition naturelle.

Lorfqu'elle eft une fois dans la cavité du petit baffin, elle s'avance fur fon plus grand diamètre, & elle en peut fortir avec le fecours de la nature; mais il n'eft pas prudent dans le premier cas, & pas fouvent dans le fecond, de s'en rapporter entiérement à elle; il vaut mieux mettre fur le champ la main à l'œuvre, & délivrer la femme, mais fans violence, parce qu'elle feroit infiniment plus dangereufe que le féjour de la tête, quelque long qu'il fut, mais peu à peu & par gradation, jufqu'à ce qu'on foit néceffairement obligé de fe fervir d'inftrument.

Si la tête eft encore dans la matrice, on introduira deux

doigts dans sa bouche, & le pouce dans le grand trou occipital; & au cas qu'il y ait encore des vertèbres, on la saisira sous le menton, pour la tirer dans la direction du diamètre oblique de l'entrée du petit bassin, pendant qu'on soutiendra de l'autre main le ventre de la femme.

Cette manœuvre réussit, lorsque la tête n'est pas d'une grosseur à empêcher qu'on l'empoigne, qu'elle ne roule pas comme une boule du haut en bas ou d'un côté à l'autre; que l'occiput soit privé des vertèbres du cou, & qu'elle n'est point corrompue au point, que la mâchoire inférieure se détache. Lorsque cela arrive, on la saisit avec un crochet par la fontanelle, une orbite, le nez, & on l'extrait partie avec la main & partie avec ce dernier instrument, pendant qu'un aide soutient le ventre de la femme, & que celle-ci fait valoir ses douleurs.

Au cas qu'on ne réussisse point, & que la tête soit trop grosse pour pouvoir entrer dans la cavité du petit bassin, on essaie de la tourner de façon, qu'elle présente le vertex. On la fait tenir dans cet état, en appuyant la main sur le ventre de la mère, & on enfonce, comme je l'ai dit ci-dessus, le perce-crâne dans la fontanelle ou les sutures, pour enlever le cerveau & diminuer son volume.

La plûpart des Ecrivains, tant anciens que modernes, s'inquiétent très-fort à l'égard du décollement de l'enfant, lorsque la tête reste dans le sein de la mère, comme si ce cas étoit le plus fâcheux qu'on puisse trouver dans les Accouchemens laborieux; & c'est la raison pour laquelle ils se sont appliqués à inventer un grand nombre d'instrumens, qui servent plus à orner leurs cabinets, qu'ils ne sont utiles. A quoi bon tant de soucis? si la tête est trop grosse pour pouvoir l'extraire,

il ne faut que diminuer ſon volume autant qu'il le faut, ménager la mère & aller ſon train, pourvu qu'on agiſſe avec prudence.

CHAPITRE VIII.

De la manière d'extraire le tronc, après avoir arraché la tête.

CE cas eſt fort rare, mais on a tout lieu de s'effrayer, lorſque la tête ſe ſépare du tronc, & que ce dernier s'arrête dans la cavité du baſſin. Il a lieu pour l'ordinaire, lorſqu'on tire mal-adroitement & avec violence, la tête de l'enfant; que ſon corps eſt extrêmement gros & pourri; que ſes épaules s'arrêtent d'un côté ſur la ſaillie de l'os ſacrum & de l'autre ſur la ſymphiſe des os pubis. Lorſque l'enfant a une hydropiſie de poitrine ou de bas-ventre, on peut auſſi dans tous ces cas arracher la tête du tronc avec le forceps.

Lorſqu'on eſt demandé dans un cas ſi fâcheux, l'on doit d'abord examiner ſi le tronc eſt dans la cavité de la matrice, ou dans celle du petit baſſin. Dans le premier cas, on doit dégager un ou les deux bras & les extraire, pour les ſaiſir & amener le tronc. Dans le ſecond cas, on doit introduire un crochet obtus ſous chacune des aiſſelles & même entre les côtes & les tirer dehors, au cas qu'on ne puiſſe y atteindre avec les deux mains.

Si cette manœuvre ne réuſſit point, parce que le tronc eſt mal conformé ou hydropique, on doit percer la poitrine, en

introduifant fon inftrument entre les côtes, élargir l'ouverture pour faire écouler l'eau & en enlever les vifcères, ou fi on ne le peut, percer auffi le diaphragme, pour décharger le bas-ventre, & extraire enfuite le tronc, foit avec la main, foit avec un ou deux crochets.

Si le tronc n'eft point exceffivement gros, & qu'il foit refté dans la matrice, on tâchera de le retourner & de l'extraire par les pieds.

CHAPITRE IX.

De la fection de la fymphife du pubis.

CEtte opération, qui confifte dans la féparation des os pubis, eft une nouvelle découverte dans l'art des Accouchemens, qui, n'ayant pas eu les mêmes fuccès lorfqu'on a commencé à la pratiquer, a excité une clameur étonnante parmi les Accoucheurs les plus expérimentés & les plus célèbres.

Je ne m'arrêterai point ici à rapporter les Obfervations qu'on a alléguées pour & contre, & comme je fuis perfuadé qu'il importe peu au Public de favoir fi je l'approuve ou fi je la condamne, je me bornerai fimplement à indiquer les cas dans lefquels on la pratique.

Cette opération a lieu lorfque l'enfant eft encore vivant, & que fa tête eft tellement enclavée dans la cavité du petit baffin, qu'on ne peut la dégager avec le forceps; que le diamètre antérieur du détroit fupérieur de ce même baffin, n'eft

que de 3 pouces, ou que le diamètre oblique eſt ſi petit & les épaules de l'enfant ſi larges, qu'on ne peut l'extraire.

Lorſque dans ce cas-ci on a employé, mais inutilement, toutes les manœuvres que l'art a ſuggérées, cette opération peut avoir le ſuccès deſiré, ſur-tout, lorſqu'on n'apperçoit point d'autres défauts dans le baſſin de la femme.

Il eſt à propros que l'Accoucheur, avant de l'entreprendre, conſulte ceux de ſes Collègues qu'il ſait avoir le plus d'expérience, non-ſeulement pour tranquilliſer la femme en travail & les perſonnes qui s'intéreſſent à elle, & pour mettre ſa réputation à couvert, mais encore pour pouvoir opérer avec plus de ſécurité, & avoir ſes aides à portée. Si dans cette conſultation l'on eſt unanimement d'accord pour l'opération, & que l'on eſpère que cette ſection ſauvera la mère & l'enfant, on y procédera de la manière ſuivante.

Tout l'appareil conſiſte en deux biſtouris, dont l'un eſt tranchant par ſa partie convexe & l'autre plus fort préparé à deſſein pour cette opération, dont la lame eſt rivée au manche; une éponge, de l'eau tiède, des remèdes ſtyptiques, des emplâtres agglutinatives, des compreſſes & un bandage uniſſant.

Tout étant prêt pour l'opération, on fait uriner la femme, on lui raſe le poil des parties, on la couche ſur un lit & l'on place un aide à chacun de ſes côtés.

On introduit une algalie dans la veſſie, & l'on range le canal de l'urètre du côté droit, vers lequel il ſe porte naturellement, pour ne point bleſſer cet organe, & l'on diviſe après avec le premier biſtouri au deſſus de la ſymphiſe du pubis, la peau & la graiſſe de la longueur de quatre travers de doigt, de

manière

manière que l'extrêmité inférieure de l'incision soit éloignée de deux ou trois lignes de la commissure supérieure des grandes lèvres. On coupe ensuite les muscles piramidaux jusqu'au travers de la ligne blanche, de façon que l'incision ait la même longueur en dedans qu'en dehors. Cela fait, on introduit l'index de la main gauche sous la symphise des os pubis; ce qui cependant n'est pas absolument nécessaire, vu qu'on porte l'urètre de côté avec l'algalie. On tire un peu les lèvres de la vulve en bas, & l'on coupe la symphise avec le second bistouri, en appuyant sur le dos de l'instrument, c'est-à-dire, à plomb & non en traînant, pour ne point blesser la vessie. On doit tâcher de couper sur le milieu du cartilage; car il y a des bassins si malconformés, qu'il n'est point directement au centre de ce dernier.

On écarte alors les cuisses, qui étoient jointes pendant la division du pubis & soutenues par des aides, peu à peu & par gradation, autant qu'il faut, sans déchirer les parties, pour donner passage à l'enfant qu'on veut extraire.

Lorsque le passage est suffisamment élargi, l'on extrait l'enfant par les pieds, & dans quelques circonstances particulières, avec le forceps.

Après avoir extrait l'enfant & l'arrière-faix, on rapproche les cuisses & les os pubis l'un près de l'autre, en observant qu'il ne se trouve aucune partie entre-deux. On procure la réunion de la plaie avec des emplâtres agglutinatives, des compresses, qu'on assure avec un bandage unissant, & on laisse l'appareil dessus, jusqu'à ce que la plaie soit entiérement cicatrisée.



CHAPITRE X.

De l'opération césarienne.

JE vais terminer cette Partie de mon Ouvrage, par l'opération la plus horrible & la plus effrayante, qu'on puisse employer dans l'art des Accouchemens, vu que pour conserver la vie de l'enfant, l'on expose la mère au plus grand des périls, indépendamment des douleurs qu'on lui fait souffrir.

L'opération césarienne est généralement nécessaire, lorsqu'on ne peut procurer la naissance à l'enfant, ni en le retournant, ni en employant les instrumens de l'art, & qu'on ne peut autrement sauver la vie à la mère.

Voici les cas qui exigent cette cruelle opération:

1.° Lorsque le bassin est si étroit & si mal-conformé, que l'Accoucheur ne peut introduire la main dans la matrice.

2.° Lorsque les callosités ou les exostoses, qui se trouvent dans le petit bassin, s'opposent à la sortie de l'enfant.

3.° Lorsque la matrice s'étant déchirée, l'enfant tombe en partie ou totalement dans le ventre: on n'a point de tems à perdre dans ce cas-ci, & pour peu que l'on diffère l'opération, la mère est perdue sans ressource.

4.° Lorsque la conception se fait dans l'ovaire ou dans les

trompes de Fallope, & que le fœtus exutérin ayant acquis ſa maturité & ne pouvant ſortir par la voie ordinaire, tombe dans le ventre entre les inteſtins, où il ſe pétrifie quelquefois, ſe corrompt & corrompt auſſi ces derniers, formant ſouvent une tumeur circonſcrite, qui exige une ouverture pour la ſortie de l'enfant. On donne alors à cette opération l'épithète de ſection céſarienne imparfaite.

5.° Lorſque la femme meurt ſans avoir accouché, pour ondoyer l'enfant, & lui conſerver la vie, au cas qu'on le puiſſe.

6.° Lorſque les parties molles de la femme ſont tellement affectées de quelque maladie, par exemple, d'un ſquirrhe, &c. qu'elles empêchent abſolument le paſſage à l'enfant, & qu'on ne peut remédier à ce défaut, ſans expoſer la mère & l'enfant à un plus grand péril, que par la ſection céſarienne.

On diviſe l'opération céſarienne en parfaite & imparfaite. Elle eſt parfaite, lorſque l'enfant eſt dans la cavité de la matrice & imparfaite, lorſqu'il eſt dehors.

L'opération imparfaite n'a rien de difficile ni de dangereux, parce qu'elle ſe réduit à inciſer les tégumens du bas-ventre. Il n'en eſt pas de même de celle qui eſt parfaite, car elle effraie l'Accoucheur, à cauſe de l'hémorrhagie dont elle eſt ſuivie: il vaut cependant mieux employer un moyen incertain, que d'expoſer la mère & ſon enfant à une mort certaine, d'autant plus qu'on a pluſieurs exemples de la réuſſite de cette opération. Roonhuise rapporte qu'un Médecin de Bruges l'a pratiquée ſept fois ſur ſa propre femme; & il eſt connu dans nos environs, que MM. Roose & Baveghem, Chirurgiens près de Dendermonde, ont eu le même ſuccès. On cite pluſieurs cas qui la

favorifent & que je pourrois rapporter, mais je les paffe fous filence pour abréger. Si l'on confidère la promptitude avec laquelle la matrice fe contracte, & que réduifant dans un inftant une plaie de cinq pouces à un pouce, elle ralentit l'hémorrhagie; que l'orifice de la matrice & la plaie du bas-ventre facilitent l'évacuation du fang, & qu'en outre les plus grandes plaies du bas-ventre fe guériffent aifément; loin de s'effrayer de cette opération, l'on fera animé à la faire, fur-tout quand on prend l'humanité pour guide dans un danger auffi preffant.

Le véritable tems pour faire cette opération, eft après que les eaux ont percé, afin que la matrice commence à fe contracter peu à peu, & de crainte qu'elle ne le faffe après qu'elle eft incifée; mais on ne doit pas tarder trop long-tems, de crainte que la violence des douleurs ne caufe une inflammation de matrice, & que l'enfant, s'engageant en partie dans le petit baffin, y refte enclavé.

Lorfque l'Accoucheur eft pleinement déterminé à faire cette opération, & que la femme & fes parens y confentent, qu'elle a purgé fa confcience, il commencera à préparer fon appareil. Ce dernier confifte en un bandage uniffant, *Pl. XXI. fig.* 6, fait avec de la flanelle, dont on pofe les deux bouts les plus larges fur la partie fupérieure de la hanche, ou fur le bord des os des îles, & qui, defcendant fur les aînes, embraffent tout le ventre : on les joint par le moyen d'un lacet, & on les contient avec deux petites bandes qu'on paffe fous les cuiffes & qu'on attache avec un ruban fur la hanche. Les inftrumens confiftent en deux biftouris, dont l'un, qui a la lame arrondie, *fig.* 7., fert à faire la première incifion & l'autre, qui eft droit, eft armé d'un bouton à fa pointe, *fig.* 8 Les autres objets de l'appareil, dont on peut avoir befoin, font une fonde creufe, des cifeaux, des aiguilles courbes, du fil ciré, une

éponge, des emplâtres aglutinatifs, de la charpie & des compresses graduées.

On place la malade sur une table ou sur un canapé, autour duquel on peut tourner commodément. On l'étend sur un matelas, & après l'avoir fait uriner, on la fait tenir par des aides forts & robustes.

Quelques-uns veulent qu'on fasse l'incision du côté droit ou gauche, mais il est plus sûr de la faire sur la ligne blanche, entre le nombril & la symphise des os pubis; car puisque les muscles droits, à la fin de la grossesse, sont souvent très-écartés l'un de l'autre chez plusieurs femmes immédiatement après l'Accouchement, & forment même une tumeur dans cet endroit, qui ne se dissipe qu'après qu'ils se sont contractés & rapprochés, on n'aura à inciser que la couche aponévrotique & le péritoine, & c'est encore une place très-favorable pour donner issue au sang extravasé. La contraction & le raccourcissement des muscles droits contribueront à fermer la plaie plus promptement & plus sûrement, que si on la faisoit dans un autre endroit du bas-ventre. J'ajouterai, qu'on a moins à craindre de blesser les intestins en incisant le péritoine. Il est plus aisé de rapprocher les lèvres de la plaie, au moyen de quoi elle se guérit plus promptement, ainsi que je l'ai éprouvé moi-même. L'espace entre le nombril & les os pubis, est assez grand, pour y faire une incision de 6 à 7 pouces de longueur.

On doit commencer l'incision au milieu de l'espace compris entre le nombril & les os pubis, & même un peu plus bas, afin que l'aide puisse avec les deux mains lever les tégumens, *voyez la fig.* 1, qu'on incise d'un seul coup avec le

biſtouri, *fig.* 7, dont le tranchant eſt convexe. Lorſque la peau & les tégumens ſont trop tendus pour pouvoir les lever, on fait dans le même endroit, mais avec circonſpection, une petite inciſion juſqu'au travers du péritoine, pour y introduire une ſonde cannelée, ou l'index de la main gauche. On coule enſuite le long de ce dernier un biſtouri, qui a un bouton à ſa pointe, *fig.* 8, & l'on coupe, y compris le péritoine, juſqu'à environ deux travers de doigt de la ſymphiſe des os pubis, prenant garde de ne point offenſer la veſſie urinaire. On tourne enſuite la main & l'on agrandit la plaie de la même manière vers le haut, juſqu'à deux travers de doigt ſous le nombril. *Voyez la fig.* 2. On a alors une plaie de 6 à 7 pouces de longueur: au cas que l'inteſtin ſorte, on le fait rentrer & contenir par un aide.

Après avoir diviſé les tégumens du bas-ventre, l'on ouvre de même la matrice qui ſe préſente, premiérement par le moyen d'une petite inciſion, en prenant bien garde de ne point bleſſer l'enfant, & on l'agrandit en haut & en bas, juſqu'à ce qu'elle ait environ 5 pouces de longueur.

Après qu'on a diviſé les tégumens & la matrice, l'on extrait de la main droite l'enfant par les pieds, par l'ouverture qu'on a faite, *fig.* 3, & enſuite l'arrière-faix, après quoi l'on contient pendant quelque tems l'inteſtin avec la main, pour empêcher que la matrice ne l'étrangle en ſe reſſerrant. On nettoie enſuite la plaie avec une éponge trempée dans de l'eau & du vin chaud.

On poſe après cela le bandage uniſſant par le milieu ſur les reins de la malade; on prend ſix emplâtres glutinatifs longs & étroits, & uniquement compoſés de diapalme, dont trois

ſont fenêtrés au milieu, pour y paſſer les autres; on prend de deux mains les deux bouts des emplâtres fenêtrés, & on les tire obliquement ſur toute la ſurface du bas-ventre, pour que les deux bouts paſſent les hanches & s'appliquent ſur les reins, pendant qu'un aide rejoint les bords de la plaie. On applique de la même manière le ſecond emplâtre & les ſuivants. Celà fait, on applique de deux côtés ſur les extrêmités une longuette étroite & épaiſe, qui aboutit ſur les hanches, pour les faire tenir & les affermir, comme on le voit, *fig.* 4.

On applique de part & d'autre, le long de la plaie & ſur l'endroit où aboutiſſent les bouts du bandage uniſſant, trois compreſſes graduées, ſur leſquelles on place ces mêmes bouts du bandage, qu'on réunit avec un lacet, & puis on paſſe les deux ſous-cuiſſes du bandage ſous les cuiſſes, pour les attacher avec des rubans au bandage du côté des hanches. *Voyez la fig.* 5. On couvre la plaie avec de la charpie & l'on introduit dans ſon angle inférieur une tente molle qui ſert de mêche, à laquelle on attache un filet, pour donner iſſue aux humeurs. On humecte le bandage uniſſant ou tout l'appareil avec du vin, ce qu'on réitère de tems en tems à meſure qu'il ſe ſéche.

Lorſqu'on applique ce bandage de la manière que je viens de dire, la ſuture eſt inutile, car cette dernière eſt très-douloureuſe & cauſe ſouvent une inflammation, d'autant plus que l'inciſion, qui a 6 à 7 pouces de longueur, eſt réduite à trois après l'opération.

La femme doit ſe tenir couchée, la tête & la poitrine un peu élevée, les cuiſſes jointes & les genoux un peu pliés. On la conduit, quant au régime & aux médicamens, ſelon

les circonſtances, qui peuvent ſurvenir enſuite d'une grande plaie.

Lorſque l'enfant eſt exutérin, c'eſt-à-dire, hors de la matrice, on n'a alors à ouvrir que les tégumens du bas-ventre, ce qu'on appelle une ſection céſarienne imparfaite; elle eſt pour cette raiſon plus aiſée que la précédente, mais auſſi plus dangereuſe pour la mère, à cauſe de l'implantation du placenta hors de la matrice; ce qui peut occaſionner une hémorrhagie mortelle. C'eſt auſſi là-deſſus qu'on doit le plus réfléchir, & agir ſelon que les circonſtances l'exigent.

FIN DE LA TROISIEME PARTIE.



EXPLICATION

EXPLICATION DES PLANCHES.

PREMIÈRE PLANCHE.

FIGURE I.

CEtte figure repréſente le baſſin d'une femme, bien conformé, vu de front, de manière que le point de vue ſe trouve dans le milieu ou ſur ſon axe.

A, la dernière vertèbre lombaire.

B, la ſymphiſe du pubis.

C, le coccix.

A, B, D, D, le bord oſſeux de l'entrée ou détroit ſupérieur du petit baſſin.

F, F, les ligamens ſacro-iſchiatiques internes.

G, G, les externes du même nom.

A, B, diamètre antéro-poſtérieur ou petit diamètre de l'entrée du petit baſſin. Sa longueur eſt de 4 pouces & demi.

D, D, diamètre tranſverſal ou grand diamètre, de 5 pouces & demi.

E, E, diamètre oblique de 5 pouces & un quart.

FIGURE II.

Profil du même baſſin, coupé par le milieu.

B, la hauteur de la ſymphiſe du pubis ou la profondeur antérieure du petit baſſin, eſt d'un pouce & demi.

C, le coccix.

E, E, la hauteur de l'os ſacrum avec le coccix ou la profondeur poſtérieure du petit baſſin, eſt de 5 pouces.

D, D, la profondeur de la partie latérale du petit baſſin, eſt de 4 pouces. (a)

FIGURE III.

Cette figure eſt la même que la précédente, à l'exception que le baſſin eſt renverſé & vu par derrière.

I, I, la diſtance entre les apophyſes épineuſes des os iſchions, eſt de 4 pouces & un quart.

H, H, la largeur du grand baſſin, priſe de l'épine antérieure & ſupérieure d'un os des îles à celle de l'autre, eſt de 10 pouces & demi.

FIGURE IV.

Le même baſſin renverſé, où l'on voit les dimenſions du détroit inférieur du petit baſſin.

K, K, diſtance depuis la partie inférieure de la ſymphiſe du pubis, juſqu'à l'extrêmité du coccix : elle eſt de 5 pouces.

L, L, celle des tubéroſités iſchiatiques ; elle eſt de 4 pouces & demi, comme eſt auſſi celle

K, L, L, de l'extrêmité du coccix juſqu'à ces dernières tubéroſités.

FIGURE V.

Montre un baſſin mal conformé, vu de front.

a, courbure des vertèbres des lombes.

b, l'os ſacrum.

c, le coccix.

d, d, les os des îles.

e, e, les os iſchion.

f, les os pubis.

g, g, les trous ovalaires.

h, h, les cavités cotyloïdes.

(a) Ces deux Planches ſont copiées d'après celles que Mr. *Camper* a jointes à ſa Diſſertation devant l'ouvrage de *Mauriceau*.

i, i, i, i, i, les cinq vertèbres des lombes.

On voit par cette figure le danger auquel la mauvaiſe conformation du baſſin expoſe la mère & ſon enfant; car les bords du détroit ſupérieur ſont à peine éloignés de 2 pouces & demi l'un de l'autre, de même que les os iſchions. La forme des baſſins difformes varie, mais il convient d'en avoir une idée. Il eſt heureux pour l'humanité, qu'il y en aït peu de pareils; mais comme cette figure montre qu'il s'en trouve, il eſt à propos que l'on connoiſſe les mauvaiſes conformations qu'ils peuvent avoir.

Fig. 6 & 7 de la Planche 1.

Montrent la groſſeur de la tête d'un enfant nouveau-né. La fig. 6. par ſa partie ſupérieure ou le vertex, la 7.e de profil.

M, M, la diſtance d'un os pariétal à l'autre, eſt de 3 pouces & demi.

N, N, celle d'une oreille à l'autre, de 3 pouces.

O, O, celle de l'os frontal à l'occipital, de 4 pouces & demi.

P, P, Fig. 7, celle du ſommet de la tête au menton, de 5 pouces.

Q, Q, celle depuis la fontanelle juſqu'à l'extrêmité inférieure de l'os occipital, depuis 3 pouces, juſqu'à 3 & un quart.

On voit par-là que la tête de l'enfant à 1 pouce de plus de longueur que de largeur, & que la diſtance Q, Q, eſt moyenne & proportionnelle entre tous les diamètres de cette partie.

Explication de la ſeconde Planche.

FIGURE I.

Cette figure repréſente la circonférence d'un baſſin coupé dans le milieu, & vu de profil. Il contient deux têtes d'enfans, qui montrent la ligne courbe que le centre de la tête décrit, en ſortant.

A, C, l'os ſacrum & le coccix.

B, F, l'os pubis.

C, D, l'axe du baſſin.

I, la tête de l'enfant qui commence à deſcendre dans le baſſin. K, la même tête qui en ſort.

D, E, G, H, la ligne courbe que le point D décrit, juſqu'à ce que la tête ſoit entiérement ſortie.

FIGURE II.

Cette figure repréſente les parties externes de la femme.

A, le mont de vénus.

B, B, les grandes lèvres.

C, le clitoris avec ſon prépuce.

D, D, les nymphes ou les petites lèvres.

E, l'orifice du méat urinaire.

F, corps ſpongieux, ſur lequel le méat urinaire porte, appellé la proſtate des femmes.

G, G, rides croiſées, qui forment l'hymen chez les pucelles & les caroncules myrtiformes, après qu'elles ont perdu leur virginité.

H, l'orifice du vagin.

I, la foſſe naviculaire.

K, le frein des grandes lèvres ou la fourchette.

L, le périnée.

M, l'anus ou le fondement.

FIGURE III.

Montre la circonférence ou la forme extérieure d'une matrice avant la groſſeſſe, vue par derrière.

A, le fond de la matrice.

B, B, origine de ſes trompes.

C, C, ſon corps.

D, D, la partie moyenne entre ſon corps & ſon col.

E, E, la partie la plus large de ſon col, où le vagin eſt attaché & où cette dernière partie eſt coupée.

F, la lèvre antérieure de l'orifice de la matrice, laquelle eſt plus longue que la poſtérieure.

G, ſa lèvre poſtérieure.

H, fente formée par les deux lèvres de ce même orifice.

I, I, l'endroit où l'on a coupé le péritoine.

FIGURE IV.

Repréſente la même matrice coupée dans ſa longueur, dont on a laiſſé la face poſtérieure.

A, le fond de la matrice.

B, B, origine des trompes de Fallope.

C, C, le corps de la matrice.

D, D, la partie mitoyenne entre ſon corps & ſon col.

E, E, la partie la plus épaiſſe & la plus large du col de la matrice.

F, la lèvre poſtérieure de l'orifice de la matrice, qui n'eſt pas plus longue que la fente, tout au contraire de l'antérieure.

G, H, I, I, face interne de la cavité de la matrice.

I, I, lignes latérales du corps de la matrice.

H, diamètre entre la cavité du corps & le canal du corps de la matrice.

H, F, canal du col de la matrice.

A, G, épaiſſeur de la partie moyenne du fond de la matrice.

C, I, épaiſſeur latérale du même corps, qui eſt la plus grande.

E, K, la plus grande épaiſſeur de la partie latérale du col de la matrice.

D, L, ſa moindre épaiſſeur.

L, K, L, K, lignes qui forment le conduit du col de la matrice, dans lequel ſont de petites glandes, qui rendent une mucoſité.

M, M, les conduits des trompes de Fallope.

FIGURE V.

Repréſente un vagin ouvert coupé en long, dans ſa ſituation naturelle, ſa forme & ſa liaiſon de la face antérieure. La fiſſure que l'on voit à la lèvre de l'orifice de la matrice, eſt une trace de l'Accouchement.

A, le col de la matrice qu'on a coupée.

B, B, adhérence du vagin autour de ce même col.

C, fiſſure de la lèvre ſupérieure de l'orifice de la matrice.

D, épaiſſeur du vagin coupé en long.

E, E, ſes rides.

F, ſa colonne poſtérieure, dans laquelle on voit pluſieurs papilles nerveuſes irrégulières.

G, G, les lèvres de la vulve.

FIGURE VI.

Repréſente les parties internes logées dans le baſſin. On a ſcié les os pubis, pour qu'on puiſſe les voir dans leur ſituation naturelle.

A, A, les vertèbres lombaires.

B, l'inteſtin rectum coupé.

C, la matrice.

D, la veſſie urinaire.

E, le vagin.

F, le ſphincter de la veſſie urinaire.

G, le conſtricteur du vagin.

H, H, les ovaires.

I, I, les trompes de Fallope.

K, K, leurs franges.

L, L, les ligamens larges.

M, M, les ligamens ronds.

N, N, les os iſchions.

O, l'ouraque.

Explication de la troiſième Planche.

FIGURE I.

Repréſente une femme enceinte d'environ neuf mois, vue de profil, pour voir la limitation de la tumeur formée par la matrice, & la ſaillie du nombril, laquelle eſt différente de l'enflure du bas-ventre, qui eſt cauſée par des maladies, ainſi que je l'ai dit & qu'on peut le voir, pag. 85.

FIGURE II.

Repréſente un œuf fécondé & expulſé dans un avortement au bout d'environ huit ſemaines.

A, A, les gros rameaux du tiſſu velouté de la face ſupérieure du chorion.

B, B, portion du chorion qu'on a coupée, pour qu'on puiſſe voir l'embryon qui eſt dedans.

C, la poche du nombril que l'on voit au travers du chorion ſur la face externe de l'amnios.

FIGURE III.

Coupe du même œuf, dans lequel on voit diſtinctement l'embryon.

A, la poche du nombril, d'où paſſent la veine & les artères ombilicales ſous la forme d'un fil blanc. Une partie des inteſtins paroît dans le nombril, qui eſt fort ſaillant.

Explication de la quatrième Planche.

Elle repréſente une matrice au plus haut degré de la groſſeſſe, & on y voit la déviation des viſcères du bas-ventre. Cette figure eſt copiée d'après celle de M. Hunter, qui l'a

faite dessiner après l'ouverture du cadavre d'une femme, qui mourut dans le neuvième mois de sa grossesse. Pour mieux représenter l'état naturel des viscères, l'on a injecté les vaisseaux avec de la cire colorée. La figure est dessinée en profil, & représente le côté droit.

A, A, les cuisses couvertes d'un linge.

B, l'épine du dos, coupée au dessus du diaphragme.

C, portion de la côte postérieure.

D, D, tégumens & muscles de la partie postérieure de la poitrine, où l'on a mal-adroitemeut coupé l'épine du dos.

E, Portion inférieure des muscles du bas-ventre.

F, portion du pénil & des muscles du bas-ventre.

G, la même portion du côté gauche.

H, bord du diaphragme à gauche du creux de l'estomac, couvert des muscles renversés du bas-ventre & du péritoine.

I, le cartilage xiphoïde.

K, K, les côtes inférieures & les autres parties contenantes coupées en long, pour montrer quels sont les viscères situés entr'elles & le creux de l'estomac, du côté droit.

L, portion inférieure & postérieure de la cavité droite de la poitrine.

M, l'aorte descendante ou inférieure, coupée à travers, liée & injectée avec de la cire colorée.

N, l'œsophage aussi lié dans le même endroit.

O, la face supérieure convexe du diaphragme, couverte de la pleure, dans son état naturel.

P, partie du centre de l'expansion tendineuse du diaphragme, laquelle est située du côté droit.

Q, rameau de la veine cave descendante, lié près de la face supérieure du diaphragme.

R, R, bord de la pleure coupée dans l'endroit, où elle est renversée de la face supérieure du diaphragme, & couvre intérieurement les côtes.

S, S,

S, S, bord du péritoine coupé du côté de la face inférieure du diaphragme.

T, face intérieure du muſcle tranſverſal du bas-ventre, couverte du péritoine.

U, le gros lobe du foie, ſous le bord duquel il y a une échancrure, dans laquelle la véſicule du fiel étoit poſée.

V, le petit lobe du foie, qui s'étend dans la région hypocondriaque gauche.

W, la faux du péritoine ou le reſtant du canal veineux coupé.

X, le colon, qui monte du cœcum vers le foie.

Y, Y, le colon avec les appendices de l'épiploon, lequel ſe rend dans le côté gauche, entre le foie & les inteſtins grêles.

Z, Z, origine de l'épiploon, qui pend entre le foie & les inteſtins grêles.

a, a, a, a, quelques contours de ces inteſtins grêles, l'épiploon étant un peu coupé au-deſſous du bord du foie.

b, la matrice: on apperçoit, mais imparfaitement, ſur ſa ſurface ſupérieure les vaiſſeaux ſanguins, leſquels ne deviennent viſibles, qu'après qu'on les a injectés & enlévé l'enveloppe, par le moyen de la cire colorée, qui eſt dedans. On découvroit mieux ces veines, après qu'elles furent ſéchées; ce qu'il n'arrivoit qu'après qu'on avoit fait le deſſein, comme on le voit dans cette figure.

c, le ligament rond de la matrice, qui deſcend dans l'aîne.

d, la trompe de Fallope, qui ſe rend vers la face interne de l'os des îles.

e, le pavillon de la trompe ou l'extrêmité de cette même partie, laquelle eſt couverte par le morceau frangé, & ſituée à côté de la matrice; on l'a un peu tiré dehors, pour la rendre plus viſible. On voit entre le ligament rond & la trompe, les vaiſſeaux ſpermatiques, ſur-tout la veine, qui s'étend

jusqu'à la partie antérieure de la matrice, à laquelle le placenta étoit attaché.

f, l'angle saillant de la matrice, dans lequel les fesses de l'enfant étoient situées, que l'on sentit avant qu'on eut ouvert ce viscère.

J'ai ajouté ici cette figure, afin de donner aux Sages-femmes, qui ne doivent connoître l'Anatomie, que superficiellement, excepté celle qui regarde les parties de la génération, une certaine idée de la déviation des viscères du bas-ventre pendant la grossesse. Celle qu'on démontre dans l'Ecole, a été modelée en plâtre sur le cadavre d'une femme.

Explication de la cinquième Planche.

FIGURE I.

Représente le profil d'un tronc entier, dans lequel on voit la courbure de l'épine du dos, la cavité de la poitrine & du bassin, & la position naturelle d'un enfant dans la matrice.

A, B, ligne de gravitation.

C, D, l'axe du bassin.

E, point de section au centre des cavités cotyloïdes.

C, F, cavité de l'os sacrum & du coccix.

F, G, courbure intérieure des lombes, qui dans ce tronc sont composés de six vertèbres, au lieu de cinq.

G, H, cavité que forment les vertèbres de la poitrine.

G, I, K, courbure & hauteur du diaphragme.

L, M, N, O, P, F, la ligne ponctuée montre la circonférence de la matrice, la différence de sa forme en F & M, N, & que la matrice penche naturellement en avant, son orifice regardant l'endroit marqué L.

FIGURE II.

Montre un fœtus avec la tête en bas, le cordon ombilical, le placenta & les enveloppes.

a, b, portion de l'amnios, dont on a retranché l'autre c, d, d, c.

d, d, l'implantation du cordon ombilical dans le placenta.

e, f, g, le chorion ſéparé de l'amnios. f, g, la partie qui couvre l'interne du placenta. h, appendice de la même membrane. i, i, i, i, endroit d'où l'on a détaché le chorion.

k, l, m, n, tunique membraneuſe qu'on voit après avoir enlevé le chorion, laquelle ſe termine en pluſieurs lobes inégales, & eſt plus épaiſſe vers le bord du placenta l, l.

o, le nombril qui eſt formé par un repli de la peau du bas-ventre.

p, v, le cordon ombilical.

p, q, la veine ombilicale.

r, s, t, v, les deux artères ombilicales, qui entourent ſpiralement la veine vers l'ombilic p, r, t, & l'autre partie q, s, u, monte directement.

Fig. 3, 4, 5 & 6.

Sont des cordons ombilicaux coupés, comme le démontre NORTWYK, pour voir leurs cloiſons.

Explication de la ſixième Planche.

Les figures repréſentent les différens degrés des dilatations de l'orifice de la matrice; les formes de la poche formée par les membranes, par le moyen deſquelles on juge ſi l'Accouchement ſera naturel ou contre-nature, & en outre la contraction de l'orifice & du col de la matrice.

FIGURE I.

Repréſente le cercle membraneux ou premier degré de dilatation de l'orifice de la matrice, dans lequel la poche d'eau commence à ſe former, à s'emplir & à être tendue dans l'accès de la vraie douleur; ce qui la diſtingue de la fauſſe, & dénote le commencement du travail.

FIGURE II.

Repréſente ce même cercle membraneux, dans lequel les membranes ne ſont point tendues, d'où l'on conclut, qu'il n'y a point de douleur, ou s'il y en a, qu'elle doit être comptée parmi les fauſſes. Cette même figure montre encore que ces membranes ont une ſurface plate & étendue, lorſque la tête de l'enfant eſt exceſſivement groſſe, ou qu'il ſe préſente au paſſage dans une poſition contre-nature, par exemple, avec le dos, la poitrine, &c.

FIGURE III.

Montre le ſecond degré de dilatation de l'orifice de la matrice, lorſque tout eſt en bon état, & que la tête de l'enfant commence à deſcendre dans la cavité du petit baſſin. C'eſt dans ce cas-ci que les membranes ſe déchirent très-aiſément, lorſqu'on les touche avec rudeſſe, ce qui retarde l'Accouchement.

FIGURE IV.

Montre le troiſième degré de dilatation de l'orifice de la matrice, dans lequel les eaux percent; l'orifice de ce viſcère ſe gliſſe ſur la tête de l'enfant, & forme le bourlet entre ſon occiput & le pubis de ſa mère, qui ſe retire peu après, & ſe gliſſe ſur ſa tête.

FIGURE V.

Montre la forme oblongue comme en boudin, que prend la poche formée par les membranes, lorſque l'enfant ſe préſente avec une de ſes extrêmités. Cette figure peut auſſi ſervir, pour repréſenter la contraction de l'orifice de la matrice, que cauſent les douleurs fauſſes, & comment le cou de l'enfant & le placenta s'enclavent.

FIGURE VI.

Montre la forme d'entonnoir que prend l'orifice de la ma-

trice après l'Accouchement ; & la raison est, que le col de cette partie se contracte avant son orifice.

FIGURE VII.

Montre la forme que prend l'orifice de la matrice au commencement du travail.

Explication de la septième Planche.

FIGURE I.

Cette figure montre la manière dont on doit toucher une femme. L'Accoucheuse se place à sa droite & la touche de la main droite, & plaçant son pouce au-dessus du pénil, pendant qu'elle introduit l'index dans le vagin, elle appuie ses autres doigts sur son périnée, & soutient ses reins de la main gauche. Voyez ce que j'ai dit ci-dessus, *pag.* 100.

FIGURE II.

Montre la position que doit avoir la femme en travail lorsque la tête de l'enfant sort, ou qu'on la délivre avec le secours de l'art. On ménage par ce moyen les parties ; deux aides l'assujettissent & la tiennent chacune de son côté par un pied & un genou.

Explication de la huitième Planche.

FIGURE I.

Représente un enfant nouveau-né, auquel on a enlevé les tégumens de la poitrine & du bas-ventre, pour faire voir les viscères, & l'insertion des vaisseaux sanguins qui se rendent au cordon ombilical.

A, le cordon ombilical.

B, la veine ombilicale qui s'implante dans la branche gauche de la veine porte.

C, C, les deux artères ombilicales, qui partent ordinairement des iliaques internes de l'enfant & fortent du ventre par l'anneau ombilical, où après s'être jointes à la veine, elles fe rendent au placenta.

D, le foie.

On a pareillement enlevé les tégumens du bas-ventre de la mère, pour qu'on voie la manière dont la matrice fe reſſerre fur le placenta.

FIGURE II.

Montre le reſſerrement de ce même viſcère fur le placenta. On a ouvert le premier, pour montrer fon épaiſſeur, & les vaiſſeaux fanguins qui fe diſtribuent dans fa fubſtance.

a, la fubſtance de la matrice.

b, coupe de ce viſcère.

c, coupe de la face poſtérieure de ce viſcère.

d, d, vaiſſeaux fanguins qu'on a coupés.

e, e, les membranes de l'enfant, qui tapiſſent les parois internes de la matrice.

f, portion du placenta & les membranes ſéparées de la matrice, & placées fur l'orifice de ce viſcère.

g, paroi de la matrice ſéparée des membranes.

h, l'orifice de la matrice.

i, i, les trompes de Fallope.

On voit ici la manière dont on extrait l'arrière-faix.

FIGURE III.

Montre la manière d'extraire le placenta & les membranes de la main droite par la main gauche, en même tems qu'on foutient le périnée avec cette dernière.

FIGURE IV.

Cette figure montre ce que doit faire la Sage-femme, après avoir extrait le placenta: elle le fuſpend par le cordon, en

repliant ſes membranes, & le montre aux aſſiſtans ou à ceux qui s'intéreſſent à l'accouchée, pour prouver qu'il eſt entier, & par conſéquent, que rien n'eſt reſté dans la matrice; ce qui non-ſeulement ſert à conſerver ſa réputation, mais à ſe tranquilliſer ſoi-même.

Explication de la neuvième Planche.

FIGURE I.

Montre la manière de dégager les épaules l'une après l'autre, lorſqu'elles s'arrêtent; par exemple, la Sage-femme ſoutient le viſage de l'enfant de la main droite, & plaçant le pouce de la gauche ſur ſon épaule & l'index ſous l'aiſſelle, elle l'extrait par gradation, en approchant ſa tête avec le plat de la main de la cuiſſe de ſa mère. Après que l'une eſt dégagée, l'on dégage de la même manière l'autre avec l'autre main.

FIGURE II.

On place les pouces ſur les épaules de l'enfant les index ſous ſes aiſſelles; on joint les petits doigts, & l'on extrait l'enfant en le balançant de côté & d'autre juſqu'aux feſſes; après quoi,

FIGURE III.

On ſoutient l'enfant ſur le bras gauche, & coulant l'index de la droite (*) le long & en dedans de ſes jambes, on ſaiſit les pieds, de peur qu'ils ne s'arrêtent dans l'orifice du vagin, qui pour lors eſt fort ſenſible.

FIGURE IV.

Montre l'endroit où l'on doit faire la ligature du cordon ombilical, c'eſt-à-dire, quatre travers de doigt au-deſſus du

---

(*) Le Graveur, faute d'exactitude, a fait agir dans toutes ces figures la main gauche, au lieu de la droite.

nombril de l'enfant, & la manière de placer l'enfant, de façon qu'il n'ait point le vifage tourné du côté de fa mère.

Explication de la dixième Planche.

FIGURE I.

Repréfente les deux pieds de l'enfant hors du vagin, les talons en avant & les orteils tournés du côté de l'anus de la mère.

FIGURE II.

On faifit de la main gauche le pied droit de l'enfant, & l'on coule l'index de la droite le long & en dedans de la jambe, jufqu'à fes parties naturelles, pour s'affurer fi les deux pieds appartiennent au même enfant.

FIGURE III.

Cette figure montre qu'on doit couler la même main en defcendant le long des jambes, l'index entre-deux, empoigner les deux pieds & les extraire.

FIGURE IV.

La Sage-femme extrait l'enfant, les plantes de fes pieds dans les paumes de fes mains, en plaçant l'index fur la malléole interne, & les autres doigts fur l'externe.

FIGURE V.

Montre que lorfque l'enfant eft forti jufqu'au-deffus des genoux, on doit laiffer tomber ces derniers dans les plats des mains, & placer les pouces & les index au-deffus des articulations des genoux, pour extraire l'enfant jufqu'au-delà des feffes. Suivant la 7.e figure, qui doit opérer avant la 6.e, on faifit de la main gauche les deux pieds de l'enfant, de manière que leurs plantes pofent fur la paume de la main, & que l'index fe trouve entre les malléoles; après quoi on coule

coule le droit le long de ſon ventre & de ſa poitrine juſque ſous ſes aiſſelles, pour voir ſi ſes bras ſont bien placés, ſavoir, à côté de ſa tête. Lorſque cela eſt ainſi, on place, comme on le voit dans la figure ſuivante,

FIGURE VI.

les deux pouces ſur le croupion de l'enfant, & les mains à plat ſur ſon ventre, pour l'extraire juſqu'à ce que les deux aiſſelles ſoient ſorties.

Figure 7, voyez fig. 5.

FIGURE VIII.

Les aiſſelles étant ſorties, on poſe le pouce de la main gauche, qui eſt celle du bras avec lequel on ſoutient l'enfant, ſous ſon menton, l'index & le doigt du milieu de chaque côté de ſon nez, &, s'il le faut, dans ſa bouche, la main droite poſée à plat ſur ſon dos, & les bouts des doigts contre ſon occiput, pour le repouſſer pendant qu'on abaiſſe ſon menton ſur ſa poitrine, & en ſoulevant le coude du bras gauche & par conſéquent le corps de l'enfant, on extrait la tête en manière de baſcule.

Explication de la onzième Planche.

On voit dans cette Planche tous les obſtacles qu'on peut rencontrer en extrayant un enfant par les pieds, & la manière dont on doit s'y prendre pour les ſurmonter.

FIGURE I.

On voit par cette figure que lorſque l'enfant s'arrête par le menton ſur la ſaillie de l'os ſacrum, après qu'on a extrait le bras gauche, on doit placer les deux premiers doigts à côté de ſon nez, ou les introduire dans ſa bouche, & tourner ſa tête du côté du diamètre oblique de l'entrée du petit baſſin.

FIGURE II.

L'enfant s'arrête ici par l'aiſſelle droite ſur la ſaillie du ſacrum, & par la gauche ſur le pubis. La main droite de la Sage-femme montre la manière dont on doit empoigner les pieds de l'enfant pour ſoutenir ſon corps, & extraire ſon bras droit de la main gauche, en plaçant le pouce dans le pli du coude.

FIGURE III.

Lorſque l'enfant s'arrête par le menton ſur l'os pubis, on doit, après avoir extrait ſon bras gauche, introduire les deux premiers doigts dans ſa bouche, poſer le pouce ſous ſon menton & l'éloigner de l'os pubis, pour le faire deſcendre par le diamètre oblique de l'entrée du petit baſſin.

FIGURE IV.

Dans le cas où l'on ne peut introduire les doigts entre le menton de l'enfant & l'os pubis de ſa mère, on coule l'index le long de ſon viſage, juſque dans ſa bouche, & l'on s'en ſert pour l'éloigner de l'os pubis, & rapprocher ſon viſage du diamètre oblique.

FIGURE V.

La Sage-femme ſoutient les pieds de l'enfant de la main droite, & ſouleve de la gauche ſon bras droit, qui eſt placé derrière ſa tête, pour le rapprocher de ſon oreille.

FIGURE VI.

On extrait de la main gauche le bras gauche de l'enfant, qui eſt couché ſur ſon dos, parce qu'on ne peut lui faire changer ſa poſition.

FIGURE VII.

L'enfant a le bras gauche placé ſous ſon menton, on l'extrait

de la main gauche, en foutenant fes pieds avec la main droite.

FIGURE VIII.

Montre comment dans l'Accouchement contre-nature, on doit tirer le cordon vers le nombril, pour empêcher qu'il ne fe rompe dans cet endroit.

FIGURE IX.

Montre comment on doit placer la main gauche de l'enfant à côté de fa cuiffe gauche.

FIGURE X.

Montre qu'on agit prudemment, lorfqu'après avoir extrait les deux bras de l'enfant, on introduit la main droite dans le vagin, entre l'orifice de la matrice & le vifage de l'enfant, en le foutenant par les pieds de la main gauche, pour empêcher que les douleurs déterminantes, ne faffent gliffer l'orifice de la matrice fur fes épaules, & delà fur fon cou, qui fe trouveroit par-là refferré.

Explication de la douzième Planche.

FIGURE I.

L'enfant fe préfente ici par les feffes, le dos en avant & le ventre en arrière, & le cordon, fur lequel il y a un nœud, entortillé autour de fon corps, de fon bras & de fon cou.

FIGURE II.

L'enfant fe préfente de même par les feffes, le ventre en avant & le dos en arrière, & par conféquent dans une pofition oppofée à la précédente.

FIGURE III.

Montre comment, en cas de néceffité, on fouleve les feffes de l'enfant avec les doigts de la main droite, pour les placer deffus la fymphife des os pubis.

FIGURE V.

On coule enſuite la main entre les cuiſſes & les jambes de l'enfant, & on les extrait l'une après l'autre.

FIGURE IV.

On forme avec les deux index deux crochets, avec leſquels on ſaiſit l'enfant dans les aînes, & on l'extrait avec le corps plié en double.

Explication de la treizième Planche.

FIGURE I.

L'enfant ſe préſente avec le pied droit, le gauche plié ſur ſon épaule & le cordon entortillé autour de ſa cuiſſe.

FIGURE II.

Cette figure repréſente un enfant qui ſe préſente avec le pied droit & la main gauche, la tête appuyée ſur l'os des îles gauche, & les feſſes ſur le droit.

FIGURE III.

Montre comment on doit ſe comporter pour chercher le pied gauche de l'enfant & l'extraire, en plaçant le pouce de la main droite dans le pli du genou pour le plier, & le rapprocher du côté de l'os des îles droit, & faire gliſſer par conſéquent ſes feſſes du gauche.

FIGURE IV.

Montre, que lorſqu'on a extrait les pieds de la manière comme ci-deſſus, l'enfant eſt couché ſur le côté droit. On croiſe alors, en extrayant les jambes plus avant, avec la main droite ſa jambe droite ſur la gauche, pour le retourner plus aiſément ſur ſon ventre.

FIGURE V.

Lorſqu'en tirant l'enfant par les pieds de la manière ſuſdite,

l'on n'a pu le placer fur fon ventre, on pofe, comme dans ce cas-ci, la main gauche fur fes parties naturelles & fur fon ventre, & la droite fur fes feffes, pour lui donner cette pofition.

Explication de la quatorzième Planche.

FIGURE I.

L'enfant préfente le bras droit, la tête appuyée fur l'os des îles gauche, & les feffes fur le droit de fa mère.

FIGURE II.

La Sage-femme faifit de la main gauche la droite de l'enfant, & introduit la droite jufque fous fes aiffelles, d'où elle defcend le long de fes côtes, de fon ventre fur fes aînes, fes feffes, fes genoux & fes jambes, jufqu'à ce que fon pouce fe trouve dans les plis des deux genoux, ou d'un feul, qu'elle rapproche du ventre, & comme le montre la

FIGURE III,

elle extrait l'enfant par les pieds.

FIGURE IV.

Montre comment, en plaçant le pouce dans les plis des deux genoux, on rapproche les derniers de l'os des îles gauche, pour écarter & faire gliffer les feffes de l'enfant du droit.

Explication de la quinzième Planche.

FIGURE I.

L'enfant préfente le vertex, les pieds contre fon vifage.

FIGURE II.

Montre comment qu'on empoigne les pieds, pour les faire avancer peu à peu, afin de pouvoir mieux les faifir, & par conféquent,

FIGURE III,

ſoulever ſa tête avec l'index, pendant qu'on les extrait.

FIGURE IV.

On attache un lac aux pieds de l'enfant dans le cas, où l'expédient ci-deſſus ne réuſſit point, &

FIGURE V,

repouſſant d'une main la tête de l'enfant, on extrait ſes pieds, en tirant le lac.

Explication de la ſeizième Planche.

FIGURE I.

L'enfant préſente la nuque, l'occiput appuyé ſur l'os des îles gauche, & le dos ſur le droit de la mère.

FIGURE II.

L'enfant préſente le dos, la nuque ſur l'os des îles gauche, & les feſſes ſur le droit.

FIGURE III.

L'Accoucheur ſouleve de la main gauche la nuque de l'enfant, pour le faire avancer ſur ſon dos, &

FIGURE IV,

plaçant le pouce de la même main ſur ſon croupion, & les doigts ſur la hanche droite, il fait faire une demi-rotation à l'enfant, pour le retourner ſur le côté droit, après quoi,

FIGURE V,

il extrait en cas de beſoin, le bras avec l'index en forme de crochet. L'enfant préſente alors le bras droit, & il continue d'agir, ainſi que j'ai dit qu'il falloit le faire dans cette dernière circonſtance.

Explication de la dix-ſeptième Planche.

FIGURE I.

L'enfant préſente la poitrine, le viſage appuyé ſur l'os des îles droit, & le ventre ſur le gauche de la mère.

FIGURE II.

L'enfant préſente le bas-ventre, le cordon ombilical hors de la vulve.

FIGURE III.

L'Accoucheur ſouleve de la main droite la poitrine de l'enfant le long de l'os des îles droit de ſa mère, pour qu'il ſe préſente, comme on le voit par la *fig.* 2.

FIGURE IV.

L'Accoucheur place le pouce de la main droite ſous l'aiſſelle gauche de l'enfant, & les bouts des doigts ſous la droite, & le tourne ſur le côté, après quoi,

FIGURE V,

ayant extrait le bras, pour ſaiſir les pieds placés ſur ſon dos, avec la même main, il place le pouce dans les plis des genoux, & les extrait.

Explication de la dix-huitième Planche.

FIGURE I.

L'enfant préſente l'épaule droite, l'oreille appuyée ſur l'os des îles gauche, & la hanche du même côté, ſur le droit.

FIGURE II.

Montre juſqu'où il faut ſoulever l'aiſſelle, pour trouver les pieds & les extraire.

FIGURE III.

L'enfant préſente la nuque, les deux pieds poſés ſur ſes épaules, pour montrer l'impoſſibilité qu'il y a de l'extraire par les pieds, à moins qu'on ne le retourne ſur le côté, comme on le voit *fig.* 1.

FIGURE IV.

L'enfant préſente les deux genoux.

FIGURE V.

On les dégage, en plaçant le pouce ſur ſes genoux, & les autres doigts ſur ſes jambes.

Explication de la dix-neuvième Planche.

Cette planche repréſente les différentes poſitions que peut avoir la tête de l'enfant.

FIGURE I.

L'enfant ſe préſente naturellement, à l'exception que le cordon ombilical eſt comprimé à ſon côté gauche, & ſort hors de la vulve.

FIGURE II.

L'enfant préſente le vertex, le viſage regarde le pubis de la mère, & l'occiput l'os ſacrum.

FIGURE III.

L'enfant a ici le viſage tourné du côté de l'os des îles droit de ſa mère, le vertex en avant, & le cordon entortillé autour de ſon cou & de ſon bras droit.

FIGURE IV.

L'enfant préſente ſon front dans l'orifice de la matrice, ſon menton & ſa bouche tournés du côté de l'os des îles droit, & le vertex du gauche.

FIGURE V.

L'enfant préſente l'oreille droite, le vertex tourné du côté de l'os des îles gauche de ſa mère.

FIGURE VI.

L'enfant préſente l'occiput, le viſage en haut, & le vertex du côté de l'os des îles droit.

Expli-

Explication de la vingtième Planche.

FIGURE I.

Montre la manière dont on doit ſe ſervir du forceps pour dégager la tête, lorſqu'elle eſt enclavée.

FIGURE II.

Manière dont on extrait la tête avec le forceps.

FIGURE III.

On ſuppoſe que le corps de l'enfant eſt ſorti, & que ſa tête s'eſt enclavée à l'entrée du petit baſſin, & l'on montre comment on doit l'extraire avec le forceps.

FIGURE IV. ET V.

Ces figures montrent la manière dont on facilite les manuels du forceps & du levier, par le moyen d'un lac, lorſqu'on les emploie pour extraire la tête.

FIGURE VI.

Montre la manière d'employer le levier, pendant qu'on repouſſe le menton ou la poitrine de l'enfant, avec le pouce qui ſoutient l'inſtrument.

Explication de la vingt-unième Planche.

Ces figures appartiennent à l'opération céſarienne.

FIGURE I.

Montre la manière dont on inciſe la peau, après l'avoir ſoulevée.

FIGURE II.

Manière dont on prolonge la première inciſion vers le nombril.

FIGURE III.

Comment on extrait l'enfant par les pieds avec la main droite.

FIGURE IV.

Manière dont on place les emplâtres agglutinatives.

FIGURE V.

Le bandage uniſſant appliqué.

FIGURE VI.

Le même étendu de ſon long.

FIGURE VII.

Le biſtouri courbe.

FIGURE VIII.

Le biſtouri dont la pointe eſt émouſſée ou armée d'un bouton.

FIGURE IX.

Compreſſes graduées.

APPROBATION.

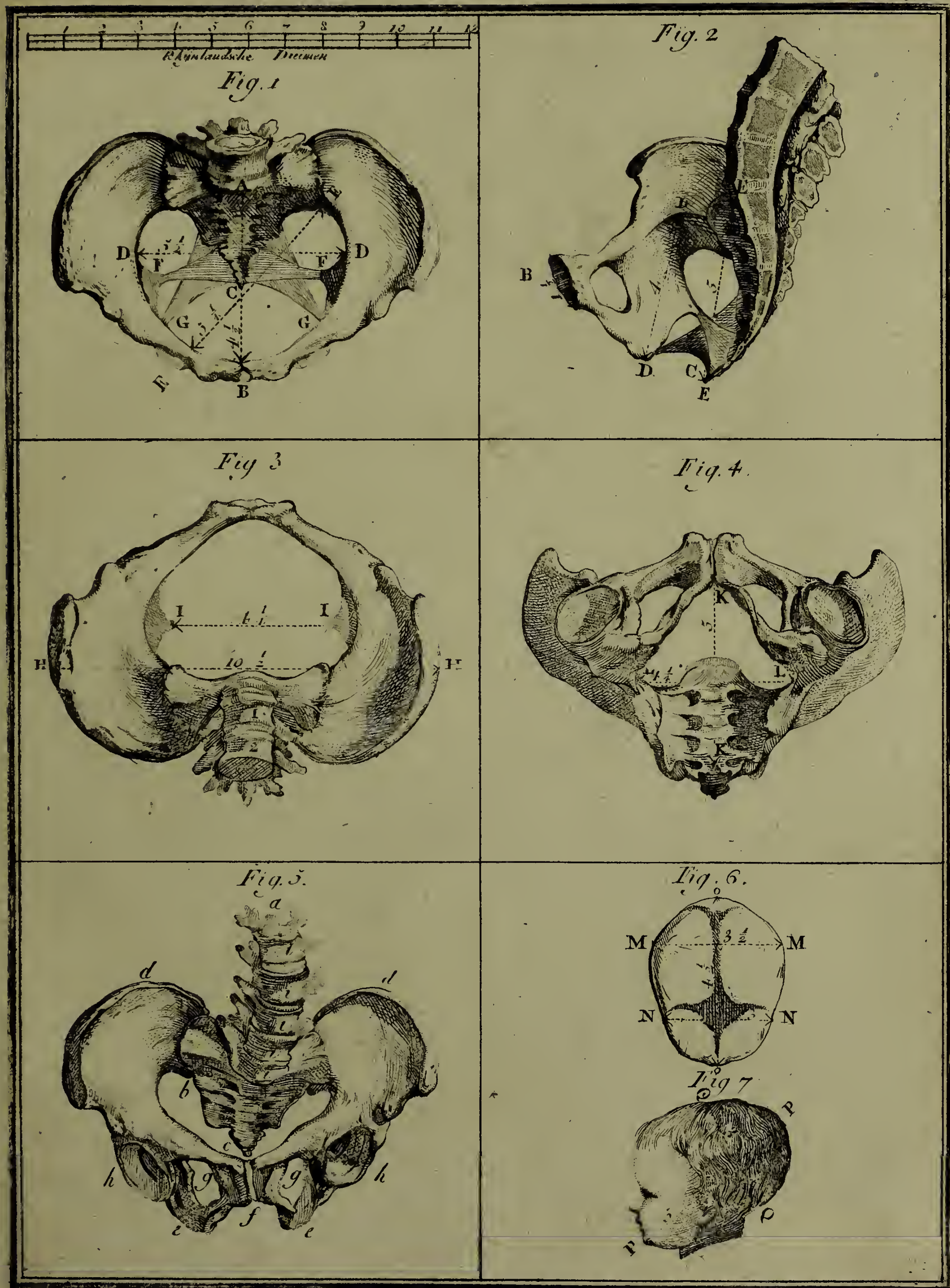
NOus Aſſeſſeurs du Collège de Médecine de la Ville de Gand avons lu un Traité, intitulé : *Ecole pratique des Accouchemens*, fait par JEAN-BERNARD JACOBS, Chirurgien juré & penſionné de cette Ville, Profeſſeur des Accouchemens, Membre de l'Académie Hollandoiſe des Sciences de Harlem, Membre correſpondant de la Société Batave de Philoſophie expérimentale, &c. &c.

Cet Ouvrage eſt écrit avec ordre, préciſion, choix & clarté, tel qu'il doit être pour pouvoir ſervir efficacement à l'inſtruction des Elèves de cet art. Il eſt par conſéquent non-ſeulement digne d'impreſſion, mais mérite auſſi d'être fort accueilli, & ne peut qu'ajouter à la réputation, que l'Auteur s'eſt déjà acquiſe dans ce Païs par ſes autres Ecrits.

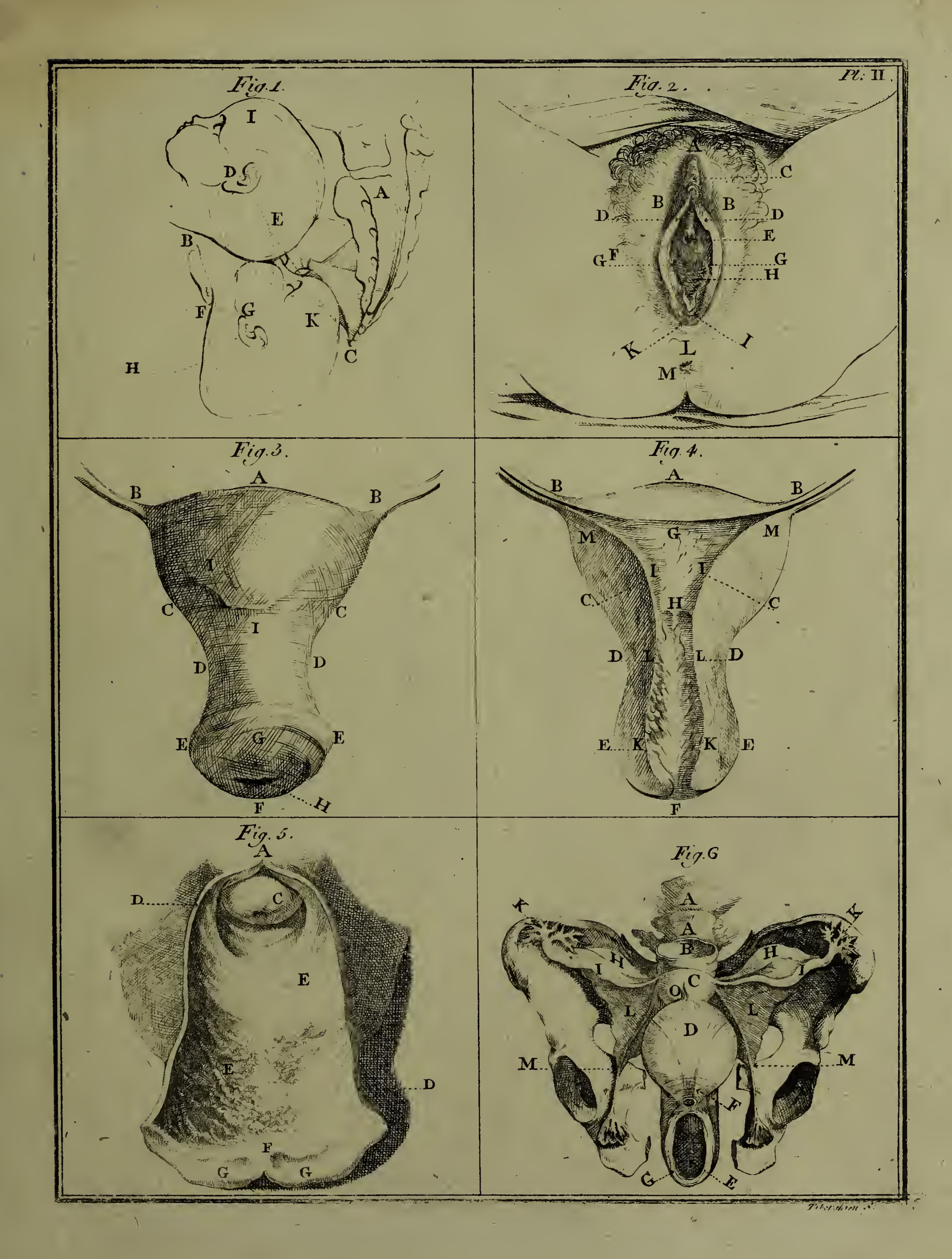
Fait à Gand, ce 10 Avril 1785.

Nomine Collegii.

J. SOMERS, *Méd. penſionné de la Ville* & C. M. A.
P. C. DE BRABANT, C. M. A. *Profeſſ. en Anatom.*



Tiberghien Sculp.


Pl: II.
Fig. 1.
I
D
E
A
B
F
G
K
C
H
Fig. 2.
A
C
B
B
D
D
E
G F
G
H
K
L
I
M
Fig. 3.
A
B
B
I
C
C
I
D
D
E
G
E
F
H
Fig. 4.
A
B
B
M
G
M
I
I
C
H
C
D
L
L
D
E
K
K
E
F
Fig. 5.
A
D
C
E
E
D
F
G
G
Fig. 6
A
K
A
K
B
H
H
I
I
C
L
L
D
M
M
F
G
E



Tiberghien Sculp:

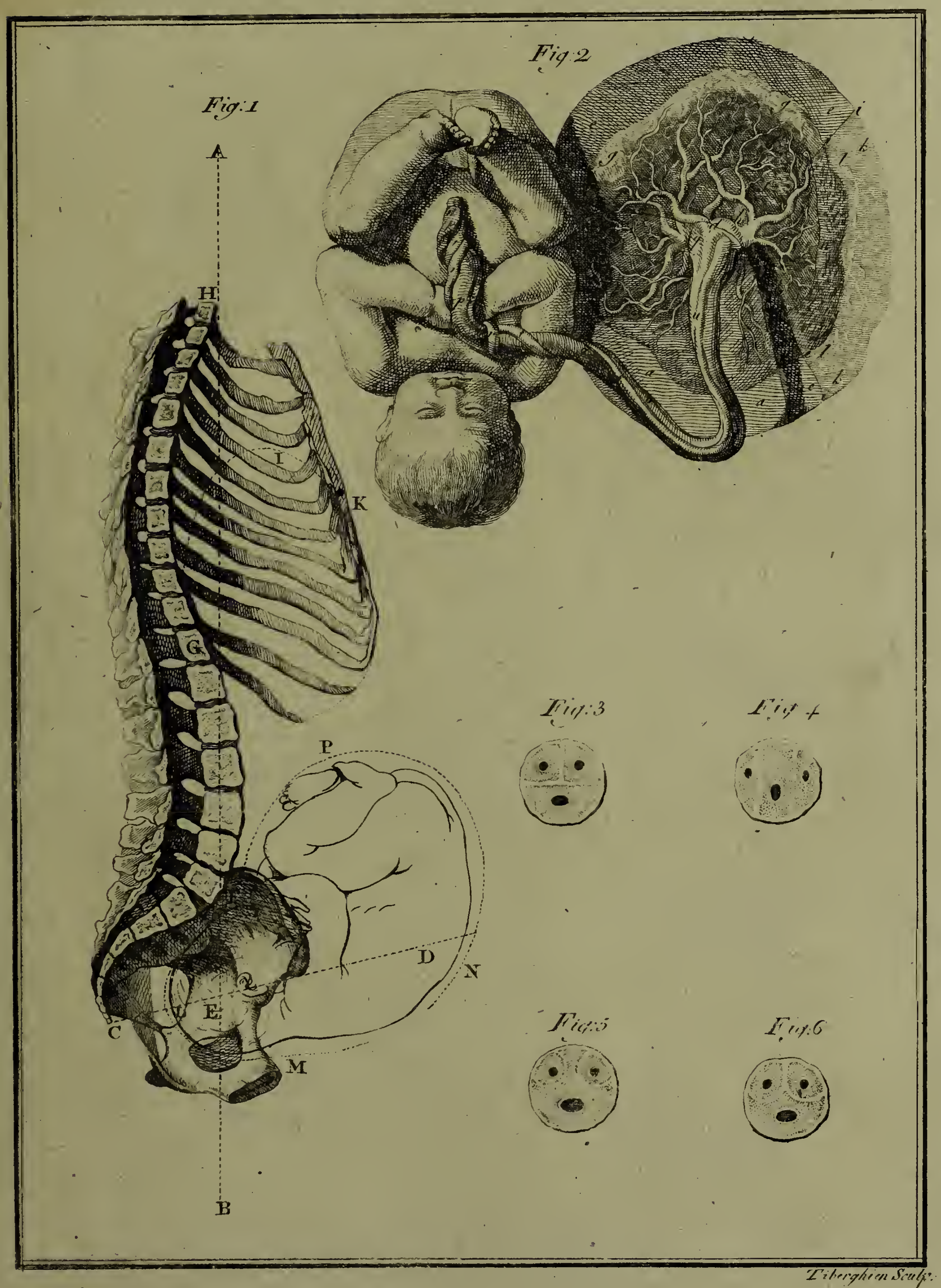


Pl: 4.

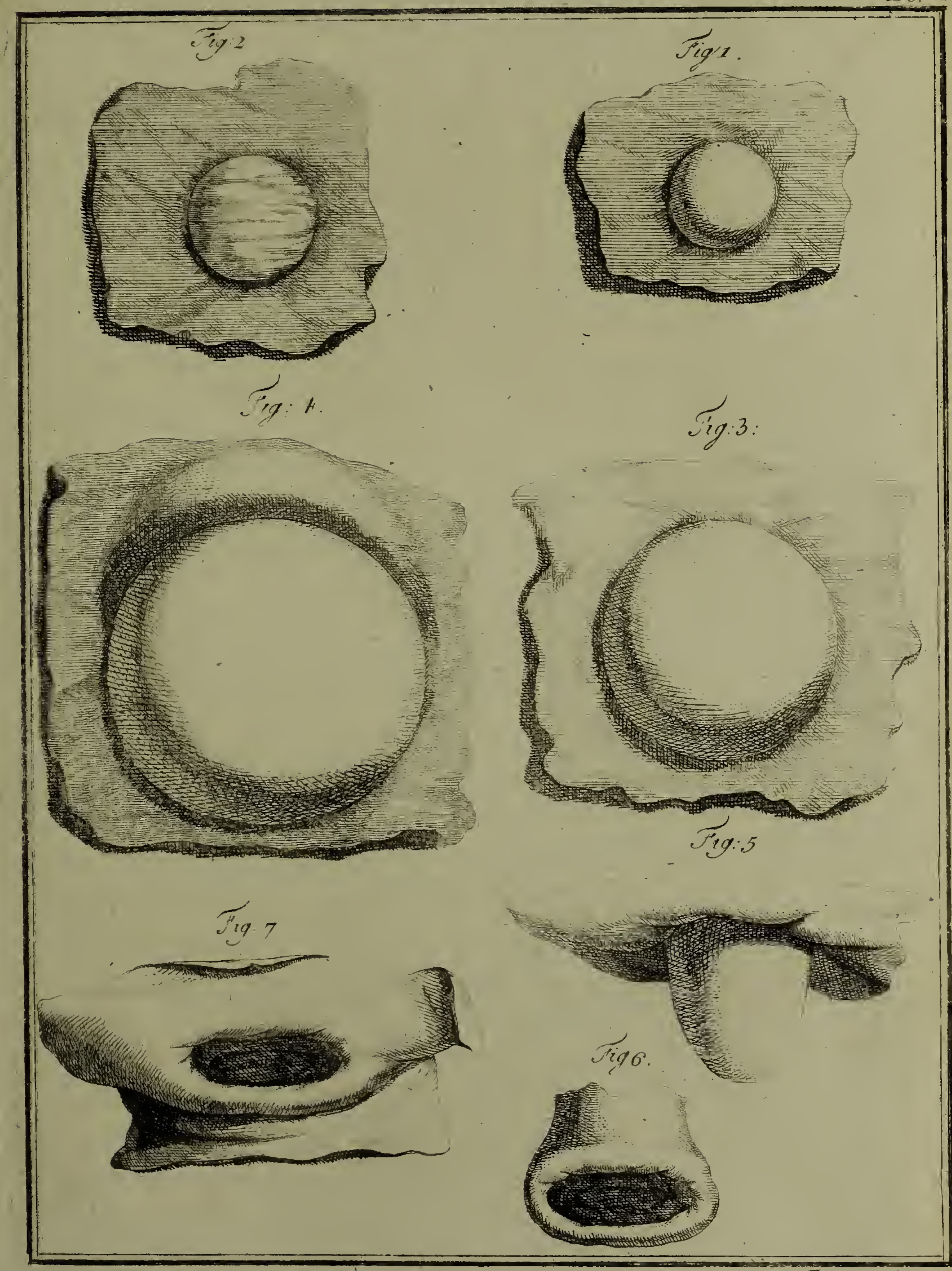


Tiberghien Sculp:

Pl:5.



Tiberghien Sculp.

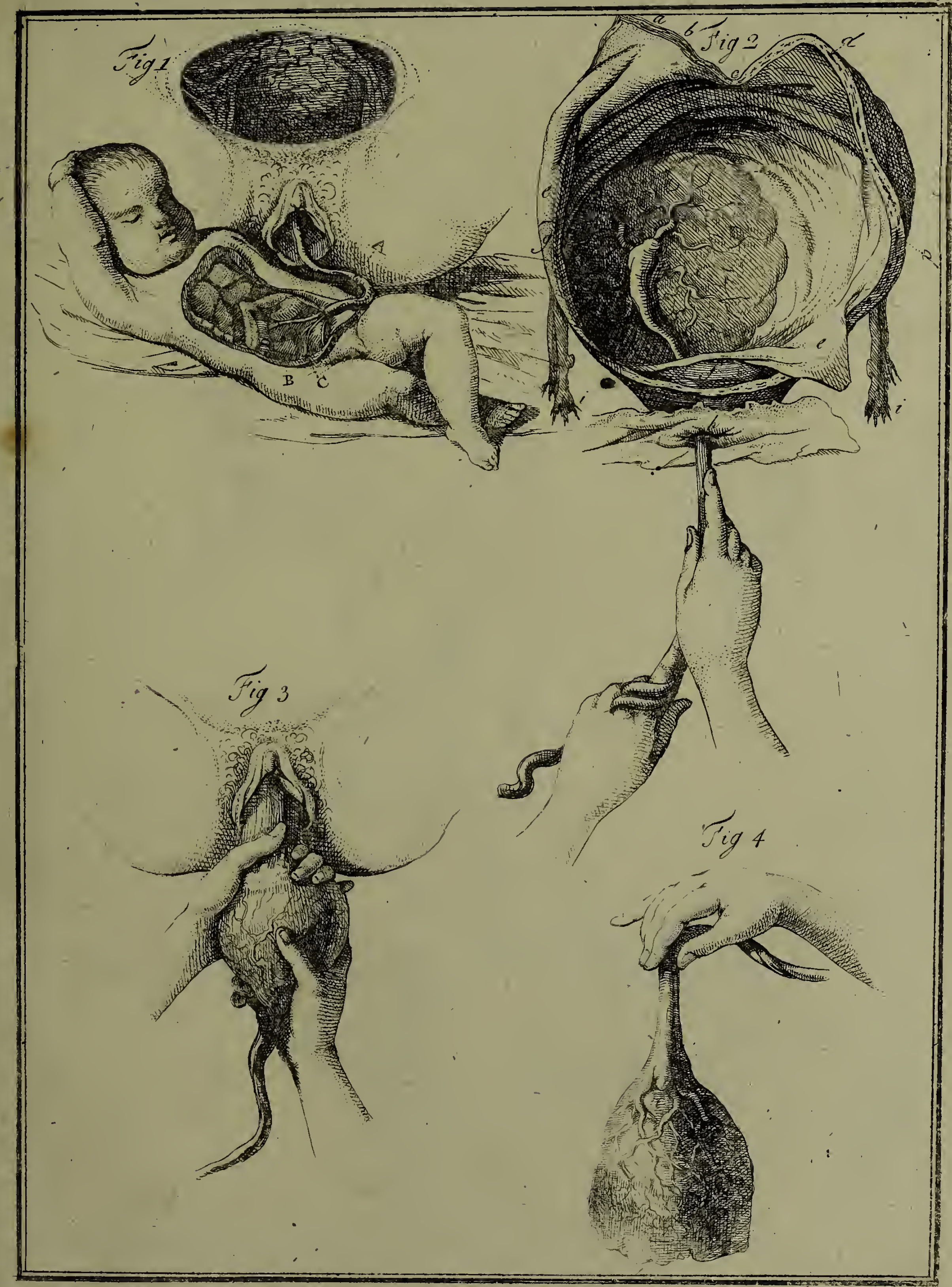


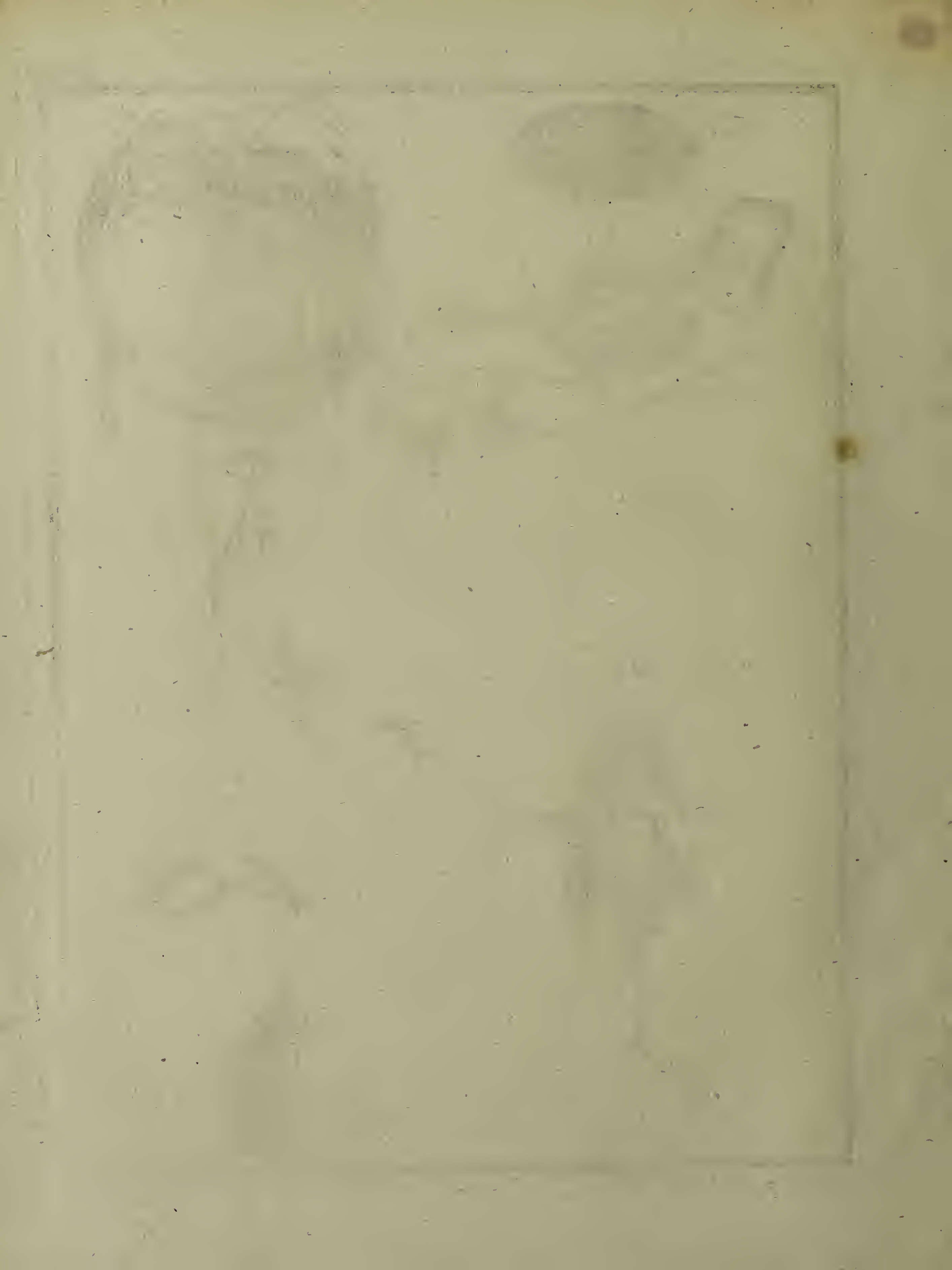
Tiberghien Sculp.

Pl. VII

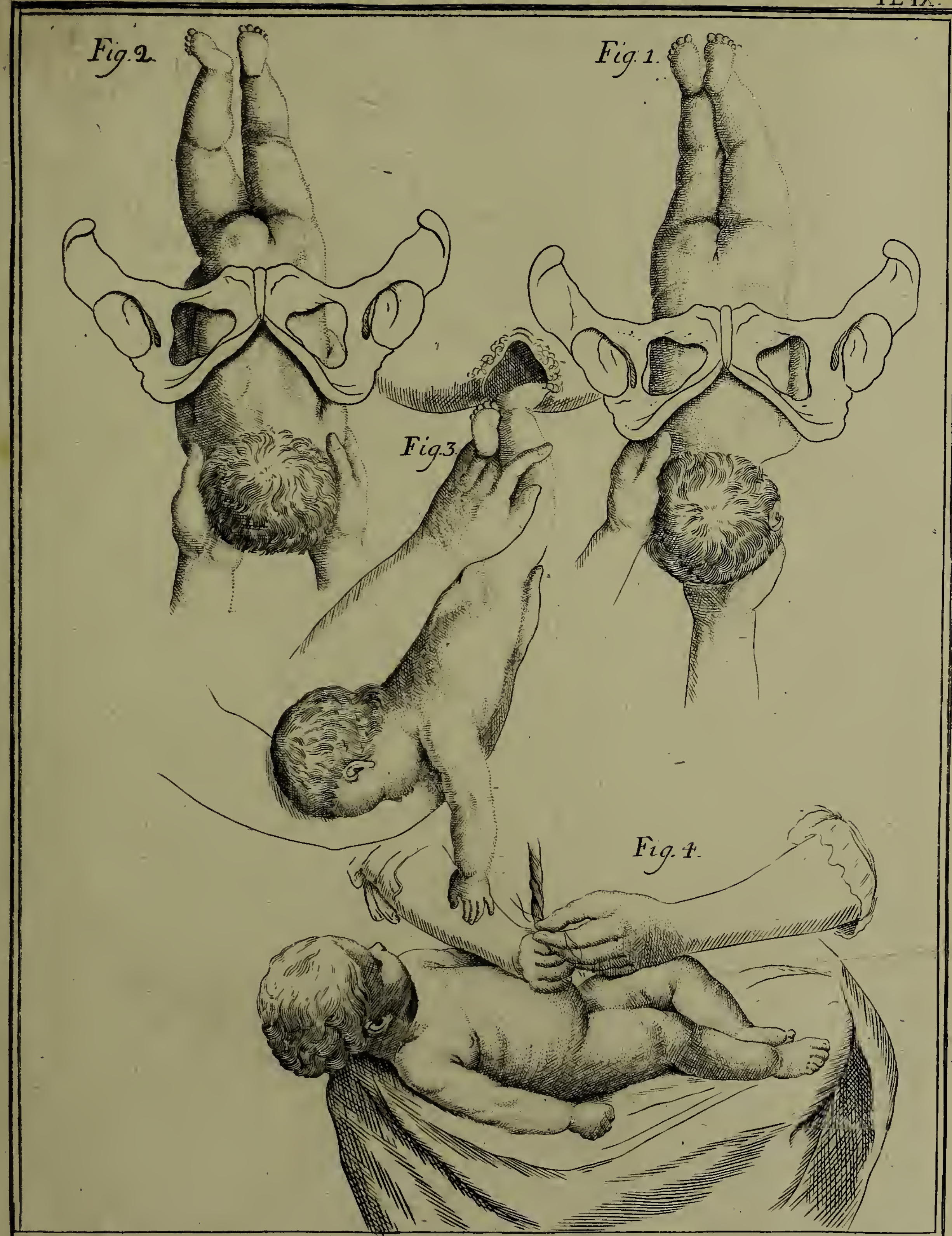


[illegible] Sculp.


Fig 1
A
B
C
Fig 2
a
b
d
Fig 3
Fig 4

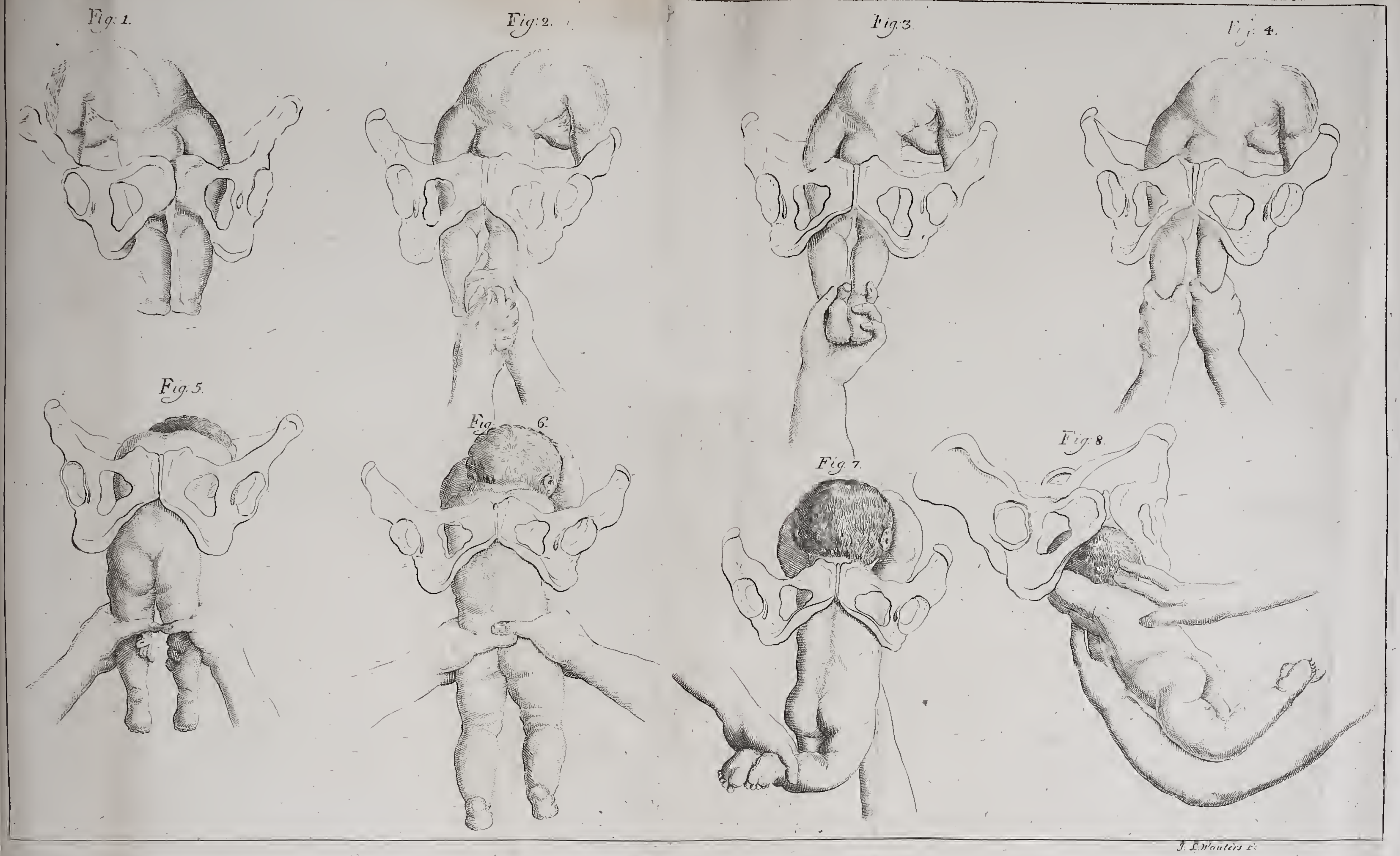


PL. IX.

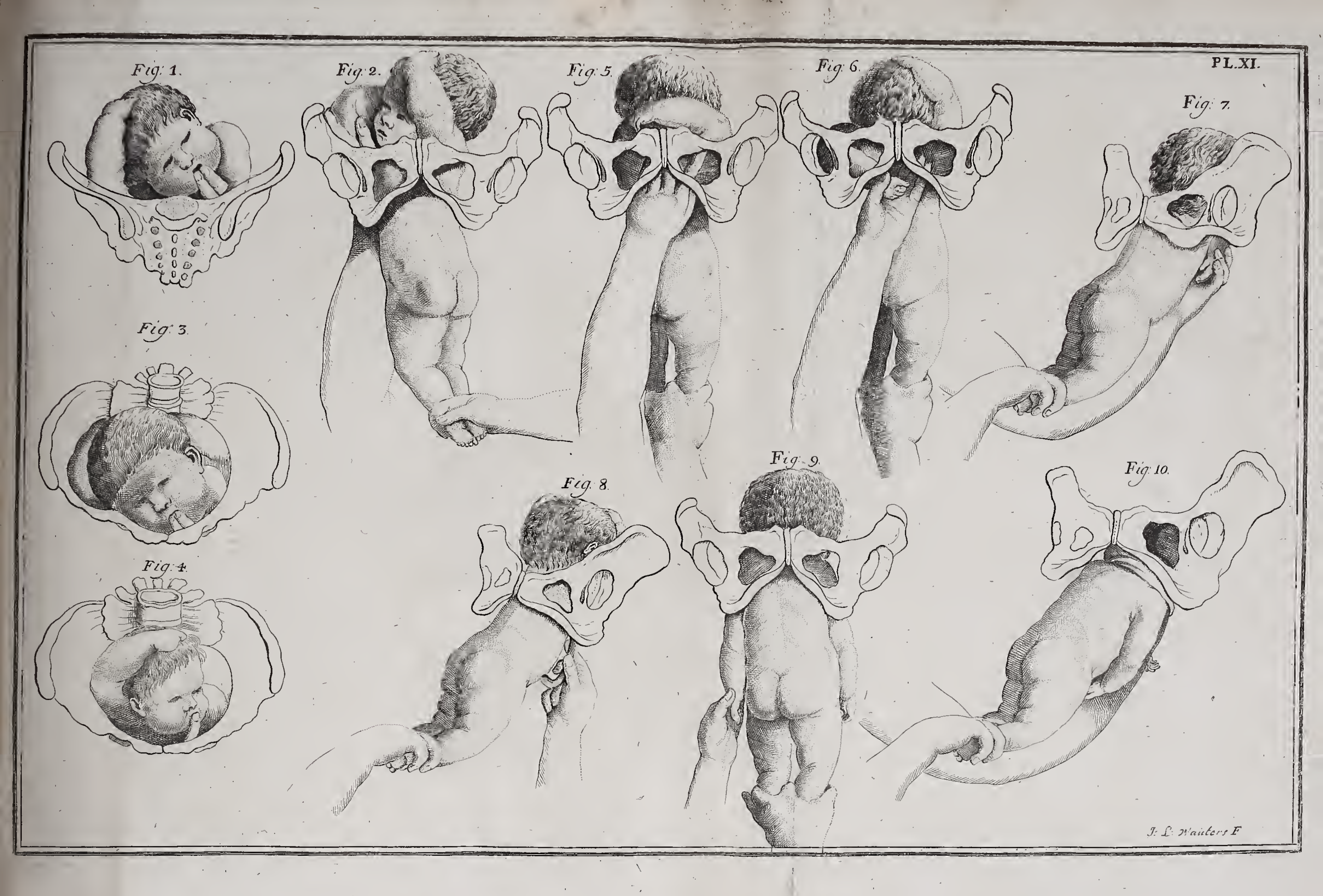


J: L: Waiters F:

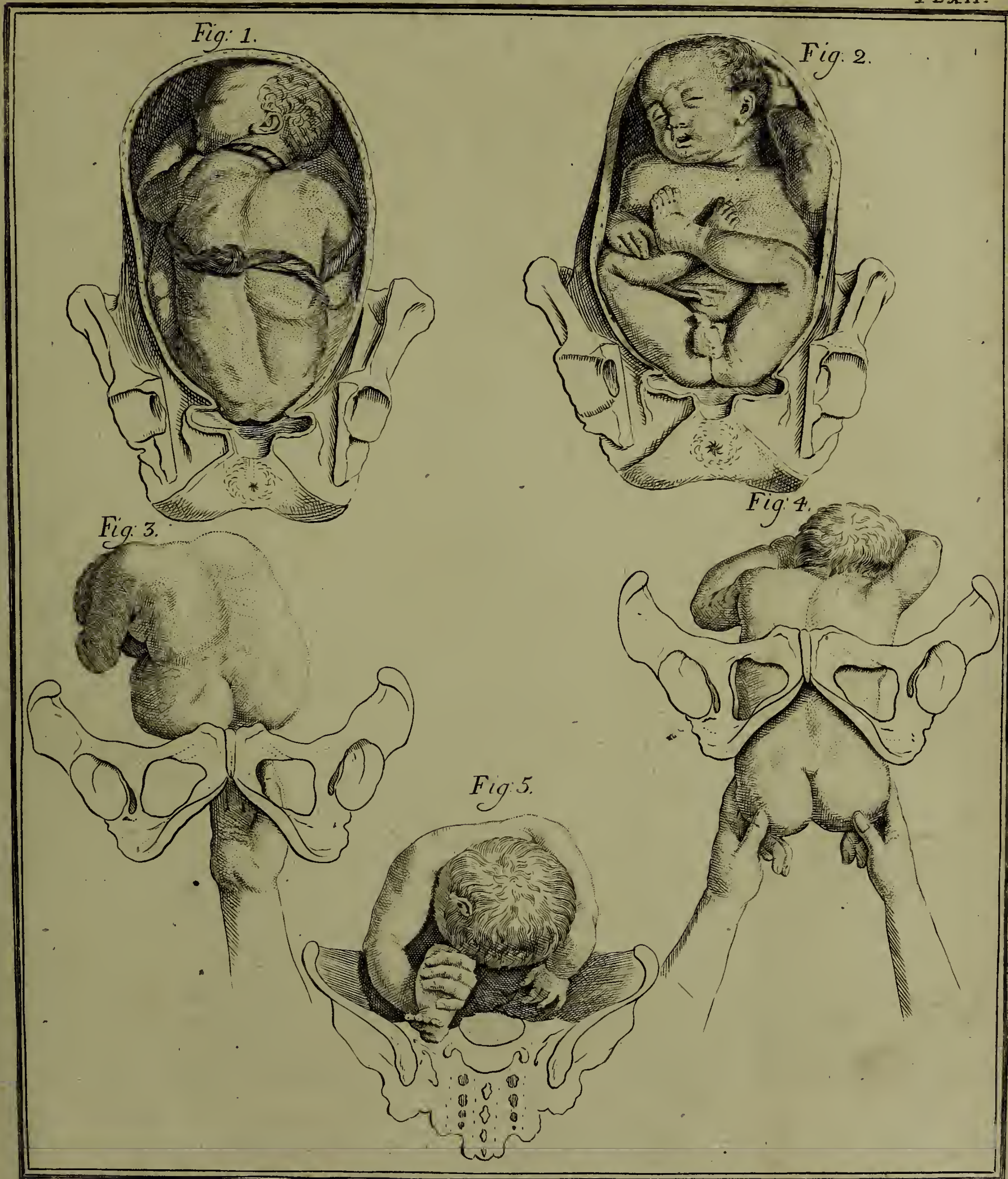
Pl. X.



J. E. Wauters F.


PL.XI.
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 5.
Fig. 6.
Fig. 7.
Fig. 3.
Fig. 4.
Fig. 8.
Fig. 9.
Fig. 10.
J. L. Wauters F.

Pl. XII.



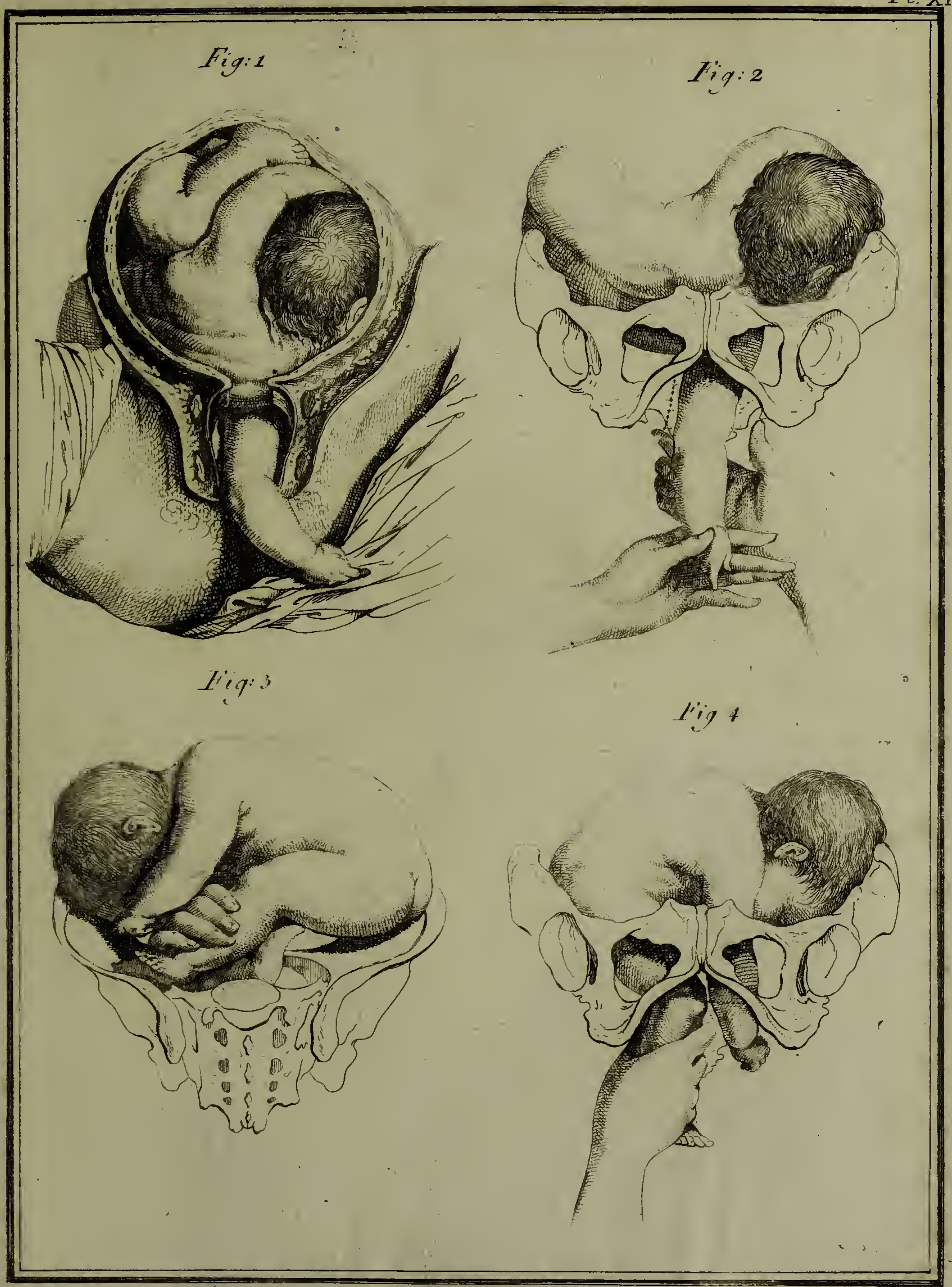
J. L. Wauters F.

PL. XIII.

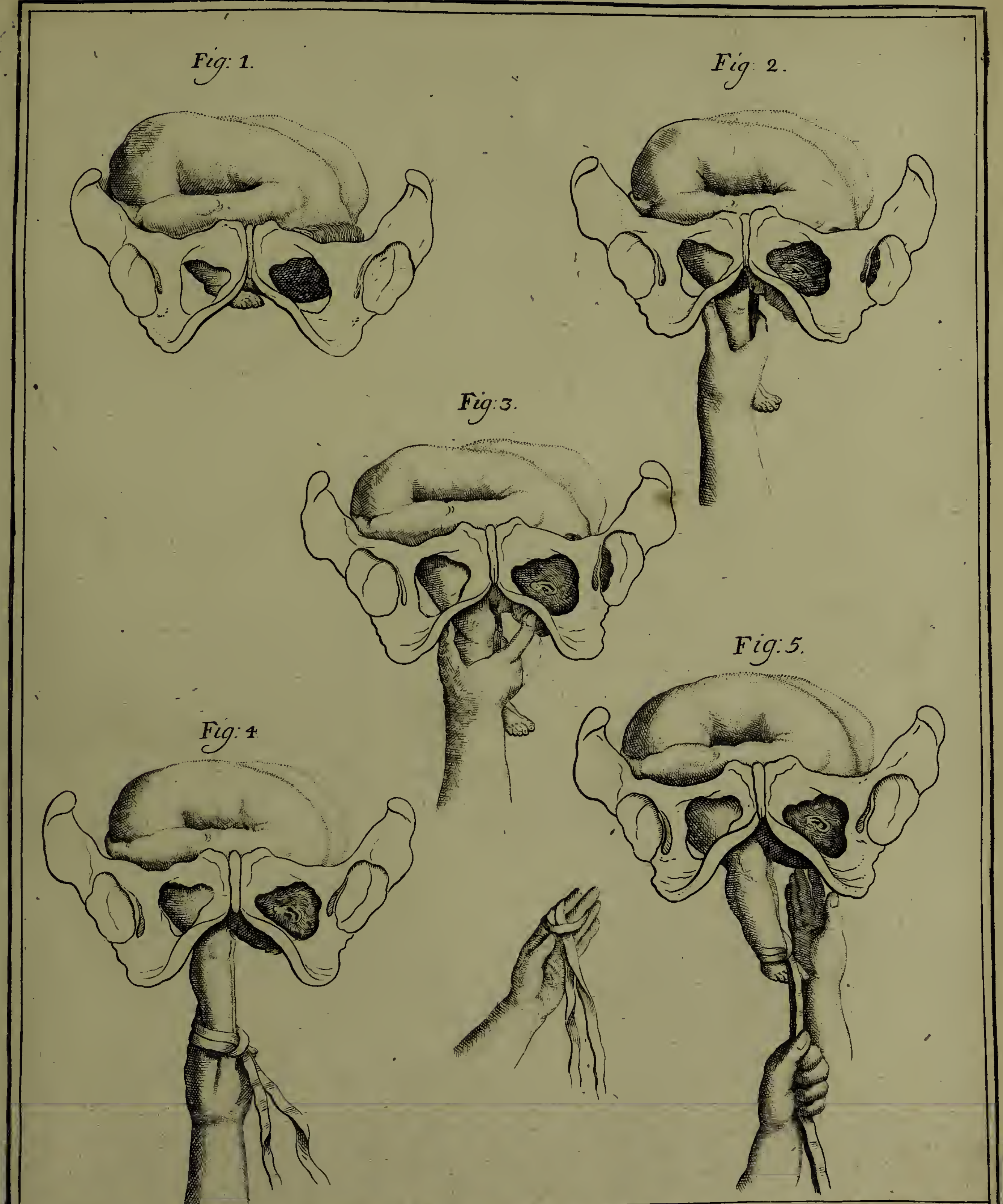


J. L. Wauters fe.t

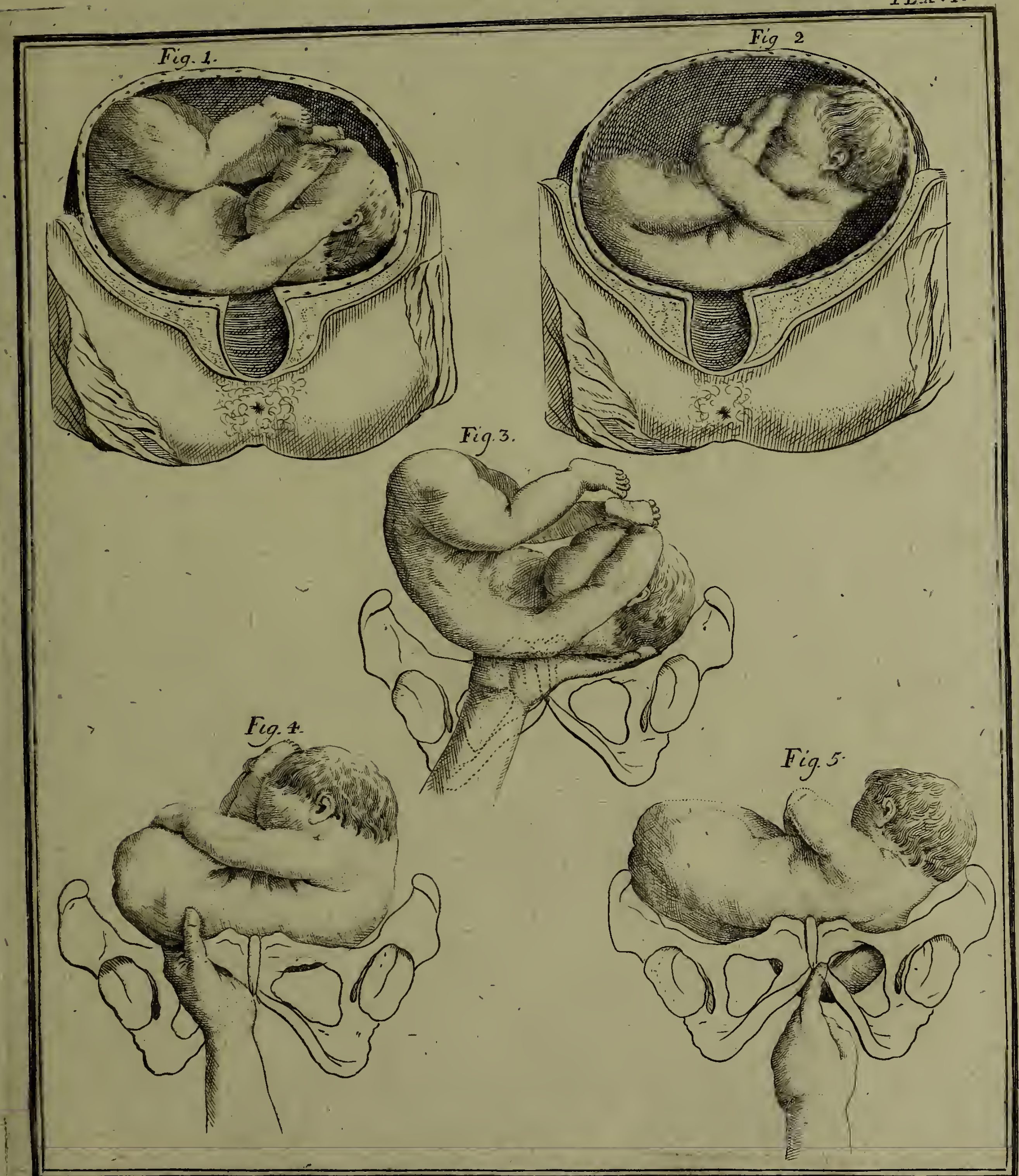
Pl: XIV.



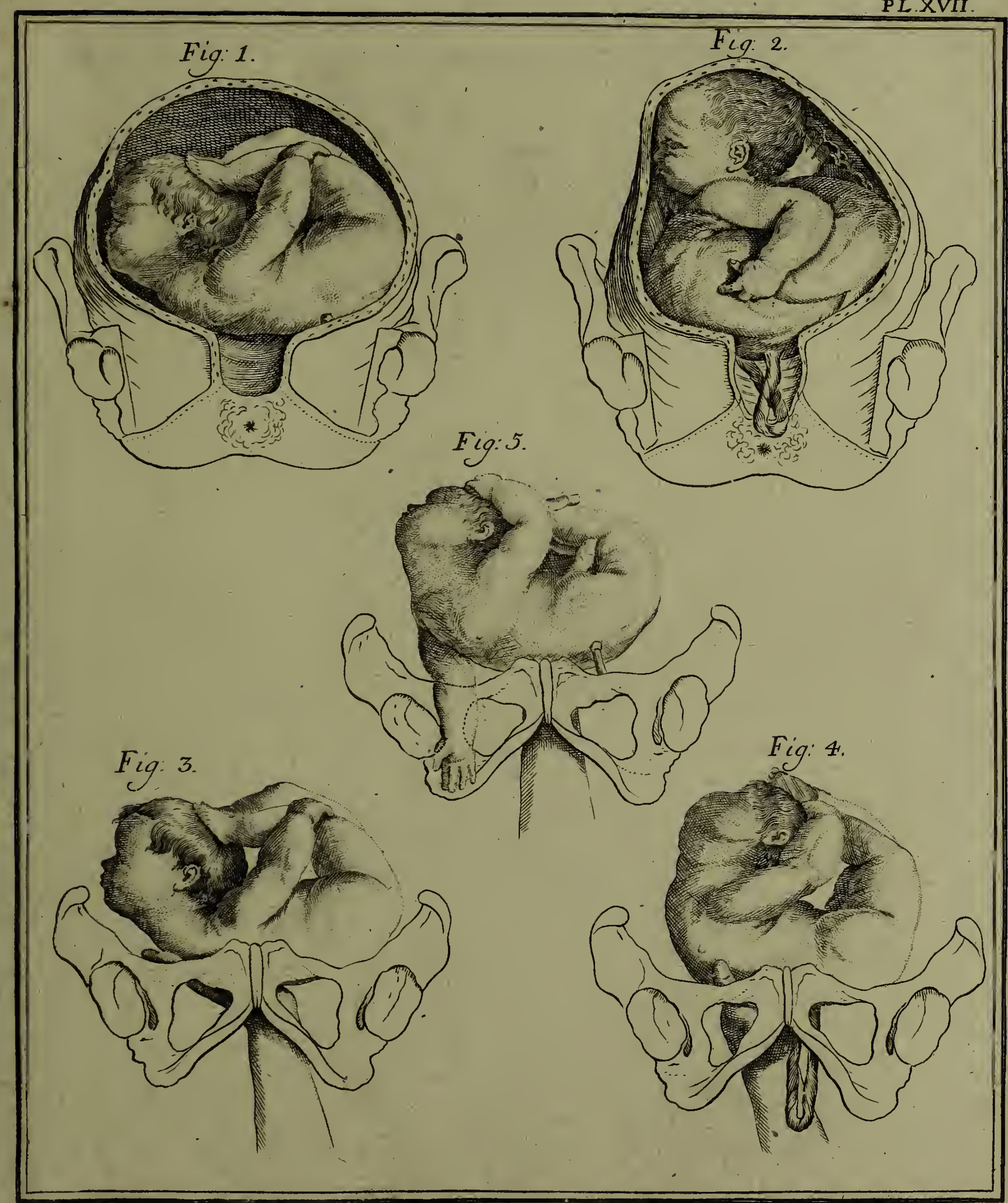
Tiberghien Sculp:



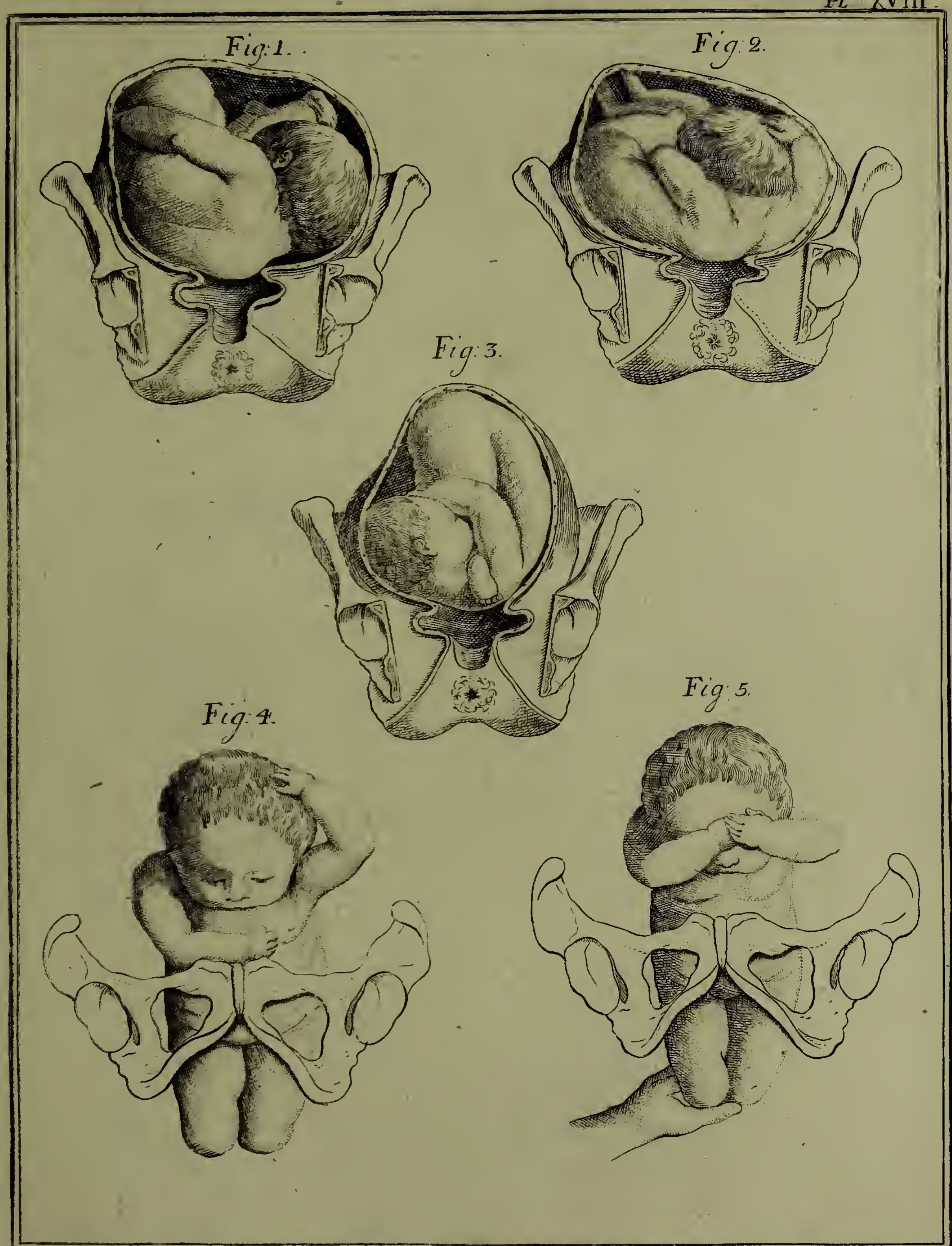
J. L. Wauters F:



J. L. Wauters F.



J: L: Wauters. F.



J. L. Waiters. F.

Fig: 1

Fig: 4

Fig: 2.

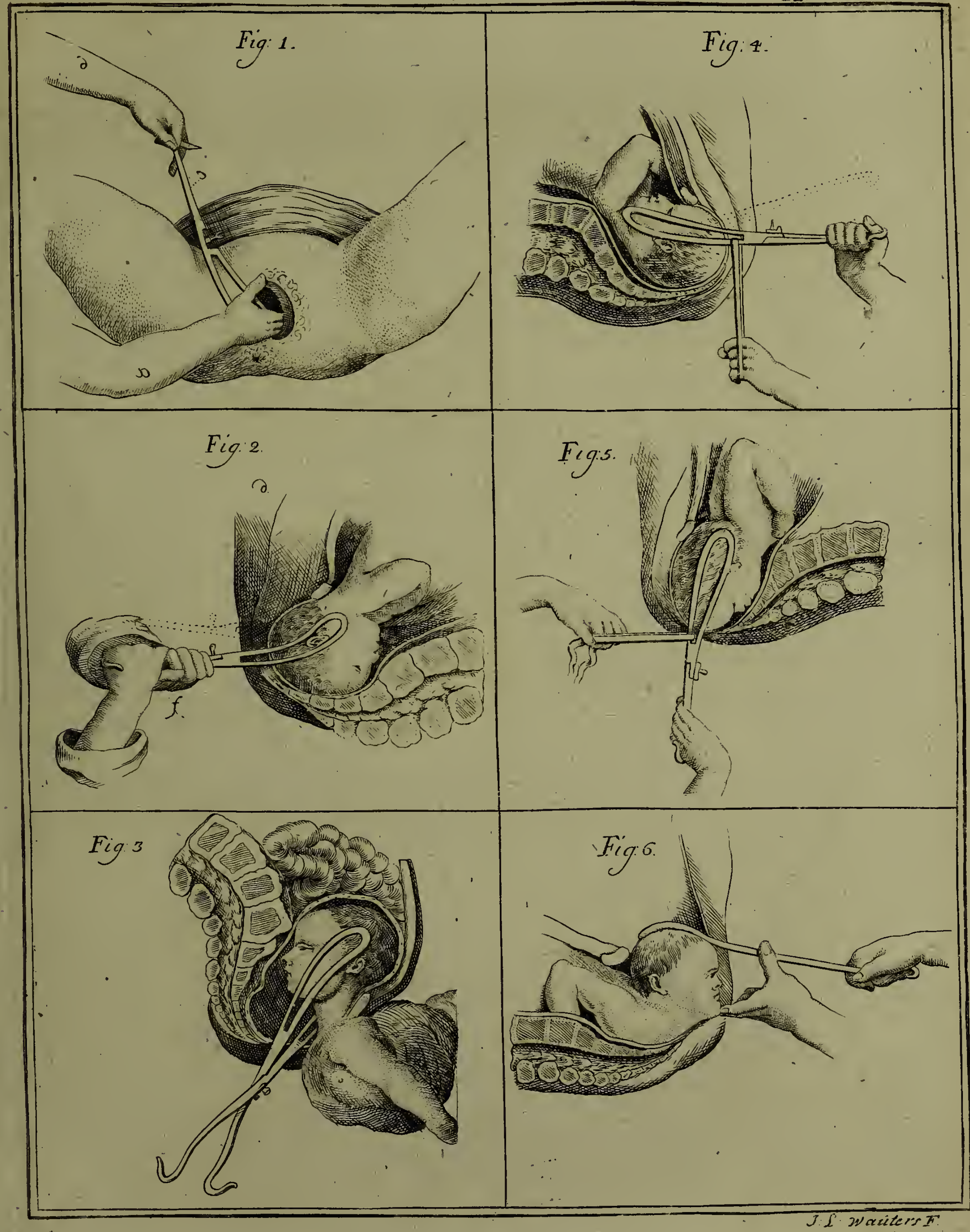
Fig: 5.

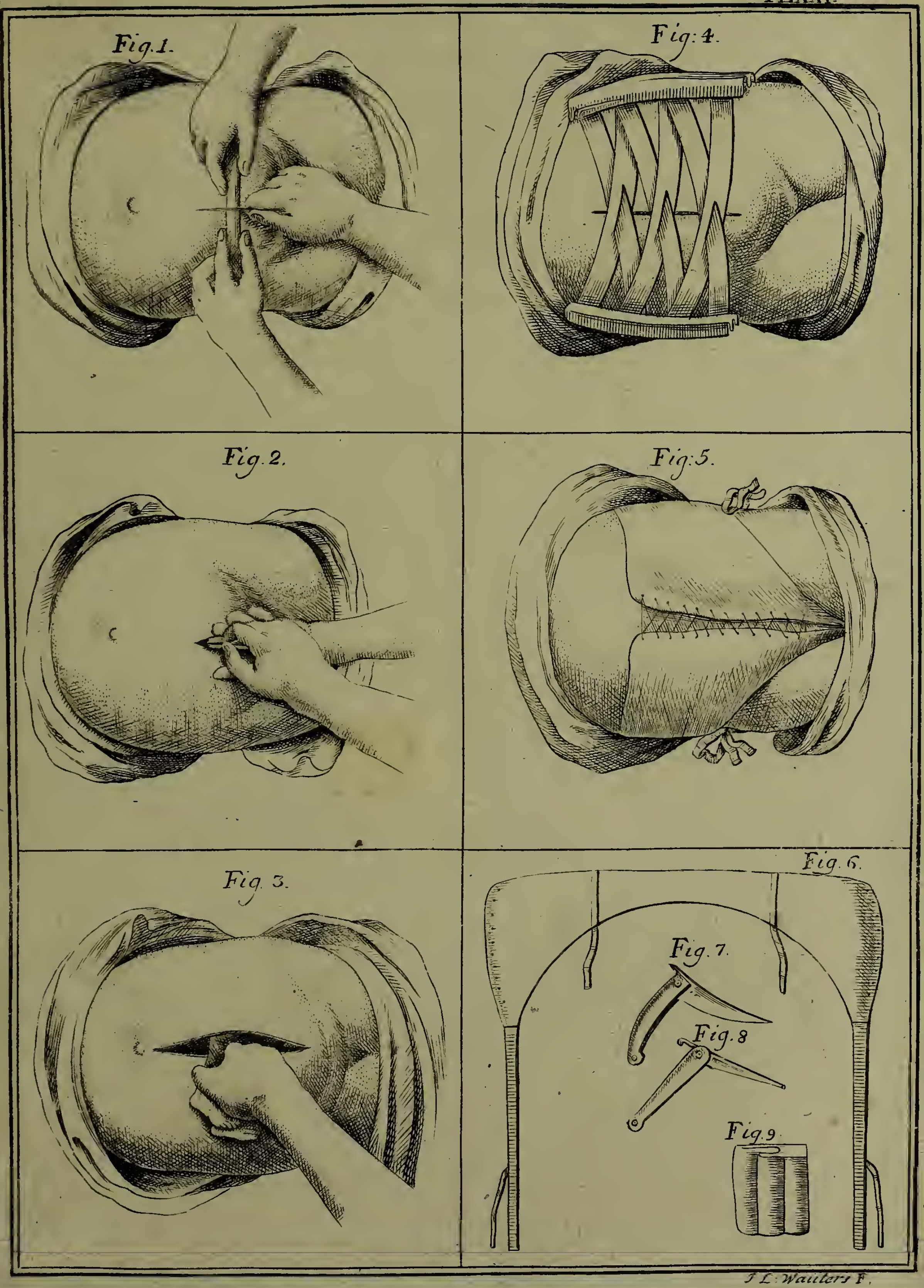
Fig: 3

Fig: 6.

J: L: Wauters F.

Pl. XX.





J L: Waulers F.

TABLE
DES CHAPITRES, DES ARTICLES ET DES SECTIONS,
Contenus dans cet Ouvrage.

* *

II. PARTIE.

TABLE.

TABLE.

III. PARTIE,

I. ACCOUCHEMENT.

II. ACCOUCHEMENT.

III. ACCOUCHEMENT.

IV. ACCOUCHEMENT.

V. ACCOUCHEMENT.

VI. ACCOUCHEMENT.

VII. ACCOUCHEMENT.

VIII. ACCOUCHEMENT.

IX. ACCOUCHEMENT.

X. ACCOUCHEMENT.

XI. ACCOUCHEMENT.

XII. ACCOUCHEMENT.

XIII. ACCOUCHEMENT.

XIV. ACCOUCHEMENT.

XV. ACCOUCHEMENT.

XVI. ACCOUCHEMENT.

XVII. ACCOUCHEMENT.

XVIII. ACCOUCHEMENT.

XIX. ACCOUCHEMENT.

I. ACCOUCHEMENT.

TABLE.

APPROBATION

De Mr. van Leempoel, *Docteur de l'Université de Leyden, Docteur & Professeur de l'Université de Louvain, Recteur Magnifique, Membre correspondant de la Société Batave de Philosophie expérimentale de Roterdam, &c. &c.*

Il est non-seulement utile, mais absolument indispensable, que tout Professeur adopte un Livre classique, auquel il s'attache pour le fond & pour l'ordre des principes, & que les Étudians puissent consulter avant que de se rendre à la leçon, de même qu'après y avoir assisté. Ce Livre élémentaire & classique doit contenir des principes clairs, précis & rangés dans le meilleur ordre possible : l'on doit y faire abstraction des questions inutiles, & l'on doit se contenter d'établir briévement les hypothèses les plus vraisemblables & les plus importantes, sans entrer dans des discussions, qui ne font que troubler les idées & tourmenter la cervelle des jeunes gens, sans les instruire.

C'est à tous ces titres, que nous croyons pouvoir faire les justes éloges du Livre, *École pratique des Accouchemens*, qui ne peut qu'être infiniment utile à tous ceux, qui se trouveront dans le cas d'assister aux leçons instructives de l'Auteur ; & qui, nous osons le dire, ne sera pas même tout-à-fait inutile aux Maîtres de l'art : du moins ils ne pourront que le lire avec bien du plaisir.

Les Planches détaillées & très-frayeuses, qui accompagnent cet Ouvrage, contribuent à le rendre plus précieux & plus curieux ; & pour tout dire, nous sommes très-persuadés, qu'il ne démentira en rien la réputation que l'Auteur s'est déjà acquise, tant par une pratique des plus heureuses, que par des Ouvrages qu'il a composés & traduits, de même que par un grand nombre de Sociétés savantes, qui se font gloire de l'avoir pour Membre.

Louvain, ce 12 Avril 1785.

VAN LEEMPOEL.

APPROBATION

De Mr. DE GRAVE, *Censeur de Livres.*

RIen de plus louable que le zèle, avec lequel Mr. le Professeur J. B. JACOBS s'étudie à instruire les personnes, qui se destinent à exercer la très-importante profession d'accoucher les Femmes. Dieu veuille bénir l'infatigable travail du savant Auteur, & lui donner la satisfaction d'apprendre le grand bien que cet Ouvrage, ainsi que plusieurs autres dont on lui est redevable, ne peut manquer de faire à l'humanité.

Donné à GAND, le 24 Avril 1785.

G. F. DE GRAVE.

Vidit. L. B. DE HAVESKERCKE, *L. C. R.*

APPROBATION

De Mr. SUE, *Professeur Royal en Anatomie, aux Écoles de Chirurgie, Censeur Royal, de la Société Royale de Londres, de la Société Philosophique d'Edimbourg & Major de l'Hôpital de la Charité à Paris, &c. &c.*

J'Ai lu par ordre de Monsieur le Garde des Sceaux, un Ouvrage, qui a pour titre: *École pratique des Accouchemens*, par Monsieur le Professeur JACOBS, Maître en Chirurgie, Membre de plusieurs Académies, &c. Ce Livre est écrit avec clarté & précision; les Principes élémentaires, qu'il contient, pourront être fort utiles pour l'instruction des Sages-femmes, & même à ceux des élèves, qui se vouent dans cette partie de l'art de guérir. Nous n'avons rien trouvé d'ailleurs, qui puisse en empêcher notre Approbation. Fait à Paris, ce 30 Mai 1785.

SUE, *Censeur Royal.*

